

VÄKIVALTA TERVEYDENHUOLLON ERI TOIMIALOILLA

Saara Louhela & Satu Saarinen

Tampereen yliopisto

Lääketieteellinen tiedekunta

Hoitotieteen laitos

Pro gradu -tutkielma

Huhtikuu 2006

TAMPEREEN YLIOPISTO
Hoitotieteen laitos

SAARA LOUHELA & SATU SAARINEN: Väkipalva terveydenhuollon eri toimialoilla.

Pro gradu -tutkielma: 93 sivua, 24 liitesivua.

Ohjaajat: THT Heli Laijärvi, TtM Minna Sorsa

Hoitotiede

Huhtikuu 2006.

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa ja vertailla terveydenhuollon eri toimialoilla esiintyvää väkivaltaa ja siihen yhteydessä olevia ennakoivia tekijöitä. Lisäksi tarkasteltiin uhkatilanteen kehittymistä väkivallaksi sekä tilanteissa käytettyjä interventioita. Lähtökohtana oli väkivallan prosessimainen luonne, jolloin väkivaltatilanteen taustalla huomioitiin yksilötason lisäksi myös työpaikalla, organisaatiossa ja yhteiskunnassa vaikuttavia tekijöitä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää pohdittaessa väkivallan ennaltaehkäisemistä työpaikoilla.

Tietoja uhka- ja väkivaltatilanteista (n=240) kerättiin tutkimusta varten laaditulla strukturoidulla lomakkeella. Lomake sisälsi myös avoimia kysymyksiä. Tutkimukseen osallistui 74 toimipistettä Etelä- ja Keski-Suomesta. Kullakin työpaikalla täytettiin tutkimusaikana lomake kaikista uhka- ja väkivaltatilanteista. Seuranta työpaikalla kesti yhdestä kolmeen kuukautta.

Aineisto analysoitiin tilastollisesti käyttämällä ristiintaulukointia, yksisuuntaista varianssianalyysia, t-testiä sekä Mann-Whitneyn U-testiä ja Kruskal-Wallis testia. Yhdistetyt muuttujat muodostettiin pääkomponenttianalyysilla. Laadullinen aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällön analyysilla. Tutkimuksen teoreettisena perustana oli Viitasaran ja Menckelin (2002) terveydenhuollon väkivallan ja uhkatilanteiden analysoimiseksi muodostettu viitekehys. Lisäksi analyysissa sovellettiin Choun, Richien ja Kaasin (1996) hyökkäystilanteiden interventiomallia.

Väkivallan esiintyminen erosi toimialoittain liittyen potilaiden sairauksiin ja ongelmiin. Seuraukset olivat yleensä lieviä. Nopea reagointi uhkatilanteisiin esti niiden laajenemisen väkivallaksi. Uhkatilanteita esiintyi eniten päivystysyksiköissä. Fyysistä väkivaltaa puolestaan oli eniten psykiatriassa ja kehitysvammaisten laitoshoidossa, joissa tilanteita leimasi fyysisen uhan lisäksi niiden jokapäiväisyys. Suuri osa tapauksista pystyttiin ennakoimaan. Kaikista tapauksista ei ollut ilmoitettu organisaation omaan seurantajärjestelmään. Terveydenhuollossa esiintyvä väkivalta liittyy monin tavoin siihen, miten toiminta on organisaatiossa järjestetty. Riskien arviointi ja tilanteiden hallinta tapahtuu työpaikoilla, mutta turvallisen toiminnan edellytysten luominen ratkaistaan viime kädessä organisaatioiden ja yhteiskunnan tasolla.

Avainsanat: hoitotyö, terveydenhuoltoala, uhkailu, väkivalta

UNIVERSITY OF TAMPERE
Department of Nursing Science

SAARA LOUHELA & SATU SAARINEN: Violence in the Different Sectors of Health Care.

Master's thesis: 93 pages, 24 appendices.

Tutors: Heli Laijärvi, PhD; Minna Sorsa, MSc

Nursing Science

April 2006.

SUMMARY

The purpose of this study was to obtain and compare information about violence and the factors preceding it in the different fields of health care. Furthermore, the escalation of threatening situations into violence and the nursing interventions accompanying this process were examined. Violence is observed as a process which is affected by specific, situational and structural factors related to the workplace, the organisation and the society. The aim of the study was to produce knowledge which can be useful in the prevention of violence in the workplace.

A structured questionnaire drawn up specifically for the purpose was used to collect data relating to threatening or violent situations (n=240). Seventy-four workplaces in southern and central Finland participated in the study. When a threatening or violent situation occurred in a workplace, the person involved completed the questionnaire. The duration of the follow-up varied from one to three months.

Tests used in the statistical analysis of the data included one-way analysis of variances, independent pairs t-test, Mann-Whitney's U-test and Kruskal-Wallis's test. The qualitative data were analysed by deductive content analysis. The theoretical framework of the study is based on the model for analysing threatening or violent situations in the health care sector described by Viitasara and Menckel (2002). The intervention model for assaultive behaviour developed by Chou, Richie and Kaas (1996) was also applied to analysis.

Comparison of the different fields of health care revealed differences in the violence experienced, related to the patients' illnesses or problems. Consequences were usually mild. Active and fast reaction to threats often prevented them from becoming violent. Threatening situations appeared mostly in emergency units, while physical violence occurred daily in the care of geropsychiatric or mentally handicapped persons. A large proportion of the situations could be anticipated. The study also discovered under-reporting of violent events. Violence in health care is in many ways related to the way in which operations are organised. Risk assessment and management of the situation take place in the workplace whereas the preconditions for safe activities are created at the level of the organisation and society.

Key words: health care sector, nursing, threats, violence

SISÄLTÖ

1.	JOHDANTO	7
2.	VÄKIVALTA TERVEYDENHUOLLOSSA	8
2.1.	Aggressiivisuus, väkivalta ja uhkailu terveydenhuollon työpaikoilla	8
2.2.	Terveydenhuollon väkivallan luonteenomaiset piirteet	11
2.3.	Väkivallan riskitekijät	15
3.	TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS	17
3.1.	Väkivalta prosessina	17
3.2.	Viitasaran ja Menckelin malli terveydenhuollon väkivallan analysoimiseksi	18
3.3.	Choun, Kaasin ja Richien hyökkäystilanteiden interventiomalli	21
4.	TUTKIMUKSEN RAJAUS, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	23
5.	AINEISTON KERUU JA ANALYYSI	25
5.1.	Aineisto ja menetelmä	25
5.2.	Aineiston keruu	27
5.3.	Eettiset näkökulmat	28
5.4.	Tilastollinen analyysi	30
5.5.	Laadullisen aineiston analyysi	34
6.	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA YLEISTETTÄVYYS	37
6.1.	Kadon tarkastelu	37
6.2.	Mittarin validiteetti ja reliabiliteetti	39
7.	TULOKSET	43
7.1.	Aineiston kuvailu	43

7.2. Väki­valta terveydenhuollon eri toimialoilla	48
7.2.1. Tilanteet	48
7.2.2. Tekijä	51
7.3. Väki­valtatilanteen kehittyminen ja siinä käytetyt interventiot	53
7.3.1. Uhkaavat tilanteet	53
7.3.2. Väki­vallan yritykset ja fyysinen väki­valta	54
7.4. Väki­vallan ennakointi terveydenhuollon työpaikoilla	58
7.4.1. Väki­valtaa edeltäneet olosuhteet	58
7.4.2. Tilanteiden ennakointi	60
7.5. Väki­valtaprosessin kokonaisuuden hallinta terveydenhuollon toimialoilla	61
7.5.1. Psykososiaalinen työympäristö ja varautuminen väki­valtaan	61
7.5.2. Tilanteista ilmoittaminen organisaation seuranta­järjestelmään	66
8. POHDINTA	68
8.1. Tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien arviointi	68
8.2. Keskeisten tulosten arviointi toimialoittain	70
8.3. Uhka- ja väki­valtatilanteiden vertailu	74
8.4. Väki­valtaprosessiin yhteydessä olevat ja sitä edeltävät tekijät	75
9. PÄÄTELMÄT	81
LÄHTEET	84
LIITTEET	94
LIITE 1. Väki­valtatutkimusten keskeiset tulokset Viitasaran ja Menckelin (2002) viitekeh­yksen mukaisesti tarkasteltuna	94
LIITE 2. Kyselylomake	107
LIITE 3. Seinäohjeistus	116
LIITE 4. Väki­vallan muodot eri toimialoilla	117

KUVIOT

KUVIO 1. Viitasaran ja Menckelin viitekehys väkivallan ja uhkatilanteiden analysoimiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilla	19
KUVIO 2. Choun ym. (1996) interventiomalli hyökkäävän käyttäytymisen varalle	22
KUVIO 3. Tapauksessa (N=236) tekijän taustalla oleva sairaus tai tila	45
KUVIO 4. Uhka- ja väkivaltatilanteiden (N=237) tapahtumapaikat eri toimialoilla	47
KUVIO 5. Interventiot uhkaavissa tilanteissa (N= 76)	54
KUVIO 6. Interventiot väkivallan yrityksissä	55
KUVIO 7. Interventiot fyysisessä väkivallassa	56
KUVIO 8. Uhka- tai väkivaltatilannetta edeltäneet tekijät aineistossa Viitasaran ja Menckelin (2002) viitekehysten mukaan jaoteltuna	59
KUVIO 9. Vastaajien tilanteesta ilmoittamiseen liittyvät toiveet Viitasaran ja Menckelin (2002) viitekehysten mukaan jaoteltuna	67
KUVIO 10. Väkivaltaa edeltäviä tai aiheuttaneita tekijöitä aineistossa Viitasaran ja Menckelin (2002) viitekehysten mukaan jaoteltuna	79

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Muuttujaluettelo	26
TAULUKKO 2. Summamuuttujien muodostaminen pääkomponenttianalyysillä	33
TAULUKKO 3. Seurannassa olleet toimipisteet ja niistä kertyneet ilmoitukset	44
TAULUKKO 4. Uhkatilanteiden, väkivallan yritysten ja väkivallan esiintyminen eri toimialoilla	49
TAULUKKO 5. Tilanteiden vakavuus toimialoittain	50
TAULUKKO 6. Hyökkäävää käyttäytymistä edeltänyt toiminta toimialoittain	51
TAULUKKO 7. Aineistossa uhkailua tai väkivaltaa ennakoivat tekijän olotila tai käyttäytyminen	61
TAULUKKO 8. Toimintakulttuurin tunnusluvut eri toimialoilla	62
TAULUKKO 9. Väkivaltaan varautuminen toimialoilla	63
TAULUKKO 10. Asennoituminen työhön eri toimialoilla	64
TAULUKKO 11. Työpaikan ihmissuhteet eri toimialoilla	65

1. JOHDANTO

Työpaikkaväkivalta on 1990-luvulta lähtien lisääntynyt muuta yhteiskunnassa esiintyvää väkivaltaisuutta enemmän. Tämä saattaa osin liittyä siihen, että työntekijät tunnistavat työpaikkaväkivaltaa aikaisempaa herkemmin. Kuitenkin terveydenhuollossa ja sosiaalityössä esiintyvät syrjäytymiseen ja marginalisoitumiseen liittyvät sosiaaliset ongelmat ovat myös lisääntyneet. (Heiskanen 2005; Honkatukia & Sirén 2005.) Lyöminen, potkiminen, sylkeminen, pureminen ja kuristaminen ovatkin esimerkkejä väkivallasta, jota hoitajat työssään kohtaavat. Väkivaltaa sekä sen uhkaa esiintyy terveydenhuollossa enemmän kuin muilla aloilla ja myös väkivaltaan liittyvät työtapaturmat ovat yleisiä. (Söderholm ym. 1999; Piispa & Saarela 2000; Saarela & Isotalus 2000.) Erityisesti naisiin kohdistuva työväkivaikaväkivalta on lisääntynyt ja sen määrä on tällä hetkellä lähes kaksinkertainen miesten työssä kohtaamaan väkivaltaan verrattuna (Heiskanen 2005).

Potilaiden aggressiivisuuteen liittyvät tutkimukset kohdistuvat usein psykiatriseen hoitoon (Blomhoff ym. 1990; Seikkula & Keränen 1994; Monahan ym. 2000), mutta hoitajat kohtaavat väkivaltaa myös psykiatristen yksiköiden ulkopuolella (Arnetz 1998; Söderholm ym. 1999; Rasimus 2002). Väkivaltainen käyttäytyminen on lisääntynyt päivystyspoliklinikoilla erityisesti päihteiden käytön laajenemisen myötä (Rasimus 2002, 118–121). Pitkäaikaishoidossa, kuten kehitysvammaisten- ja vanhustenhuollossa, aihe on saanut vähemmän huomiota, vaikka esimerkiksi aikuisia kehitysvamma potilaita hoitava henkilökunta joutuu väkivallan kanssa tekemisiin päivittäin (Viitasara ym. 2003). Hoitolaitoksissa potilaan väkivaltainen käyttäytyminen saattaa olla jo etukäteen tiedossa, sen sijaan päivystysyksiköissä aggressiivisuus voi ilmetä ensimmäistä kertaa (Varonen 1992).

Hoitavan henkilökunnan kannalta väkivalta on paitsi konkreettinen uhka fyysiselle turvallisuudelle, myös merkittävä stressitekijä työssä (Leppänen & Olkinuora 1987). Lisäksi terveydenhuollon työntekijöiden kohtaama väkivalta on yhteydessä potilaiden arvioimaan huonompaan hoidon laatuun (Arnetz & Arnetz 2001). Choun ym. (1996)

arvioimaan huonompaan hoidon laatuun (Arnetz & Arnetz 2001). Choun ym. (1996) mukaan potilaan väkivaltaisen ja aggressiivisen käyttäytymisen taustalla saattaa vaikuttaa muun muassa pelon tai turvattomuuden tunne, jota sairaanhoidollisin toimin voidaan helpottaa. Useat kirjoittajat viittaavat siihen, että väkivalta hoitotyössä on aliraportoitua ja sitä saatetaan sietää ikään kuin luonnollisena osana työtä (Vanderslott 1998; Brady & Dickson 1999; Söderholm ym. 1999; Adib ym. 2002; Strand ym. 2004). Väkivallan mahdollisuuteen on työpaikoilla havahduttu ja lähes kaikissa terveydenhuollon organisaatioissa on nykyisin jonkinlainen väkivallan seurantajärjestelmä.

Väkivallan käsittely ja torjunta terveydenhuollossa on ongelmallista, koska työn tavoitteena on potilaan hoivaaminen ja hyvinvoinnista huolehtiminen (Piispa & Saarela 2000). Väkivallan mieltäminen prosessiksi on keskeistä preventiivisten toimien luomisessa. Olennaisessa asemassa on ennaltaehkäisy hallinnollisin ja koulutuksellisin keinoin. Työntekijöiden koulutus ei kuitenkaan poista väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita kokonaan ja lisäksi yhteiskunnalliset ratkaisut voivat aiheuttaa paineita terveydenhuollon toimipisteisiin (Rasimus 2002, 15–16, 146). Terveydenhuollossa esiintyvä väkivalta ja sen ennaltaehkäiseminen on yksi olennainen tutkimuksen kohde. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa ja vertailla terveydenhuollon eri toimialoilla esiintyvää väkivaltaa sekä sitä edeltäviä tekijöitä.

2. VÄKIVALTA TERVEYDENHUOLLOSSA

2.1. Aggressiivisuus, väkivalta ja uhkailu terveydenhuollon työpaikoilla

Aggressiivisuus sanakirjamääritelmänä tarkoittaa hyökkäävyyttä ja päällekkävyyttä (Sadeniemi 1966a, 12). Biologisena ilmiönä aggressio merkitsee hyökkäävää tunnereaktiota tai vihamielistä toimintaa, jolloin haittaa tuottava toiminta tai uhkailu kohdistetaan toiseen yksilöön (Tirri ym. 2001, 21). Aggressiivisuus on yksilön

myötäsyttyinen ominaisuus. Kyky hillitä omaa aggressiivisuutta on inhimillinen taito, joka opitaan useiden vuosien kasvun ja kehittymisen tuloksena. (Schulman 2004.)

Väkivalta määritellään sanakirjassa jollekulle vahinkoa tuottavaksi teoksi, jolloin yleensä fyysisiä voimakeinoja käyttäen pyritään murtamaan toisen vastustus tai muu oman toiminnan tiellä oleva asia (Sadeniemi ym. 1966b, 624). Väkivaltaisuus on sosiaalinen ja vuorovaikutuksellinen ilmiö, jonka kohde määrittelee tilannekohtaisesti sen, mikä on väkivaltaa. Väkivaltaisuutta ei opita, vaan se on seuraus keinottomuudesta aggressioiden hallinnassa. (Schulman 2004.)

Terveystieteiden väkivaltaa koskevassa kirjallisuudessa käytetään käsitteitä väkivalta ja aggressio jonkin verran päällekkäin ja ristiriitaisesti. Vanderslott (1998) nostaa väkivallan ja aggression keskeiseksi eroksi sen, että aggressio ei aina pääty fyysiseen väkivaltaan, esimerkkinä verbaalinen aggressio. Weizmann-Heneliuksen (1997, 11) mukaan väkivallalla viitataan enemmän ihmisen ulkoiseen käyttäytymiseen. Aggressio sen sijaan ei ilmene ainoastaan toimintana, vaan siihen liittyy myös vihamielistä ajatussisältöä ja tunteita, kuten vihaa ja pelkoa, sekä erilaisia fysiologisia muutoksia elimistössä. Schulman (2004) tarkentaa, että aggressiivisuus itsessään on yksilölle välttämätön ominaisuus, jota tarvitaan jokapäiväisessä elämässä ja vastusten voittamisessa.

Distasio (2002) katsoo väkivallan käsitteen sisältävän fyysisen hyökkäyksen, uhkaavan käyttäytymisen sekä verbaalisen aggressiivisuuden (verbal abuse), kuten esimerkiksi puhelinhäirinnän, solvaamisen ja uhkailun. Rippon (2000) on analysoinut laajasti aggressiivisuuden ja väkivallan käsitteitä ja katsoo, että niiden selkeän määrittelyn puuttuminen on häirinnyt tutkimusta. Englanninkielinen termi aggression voi suomen kielestä poiketen saada lukuisia sävyeroja eri adjektiivien kanssa, kuten hostile aggression, violent aggression, angry aggression tai instrumental aggression. Määritelmällisesti Rippon (2000) katsoo väkivallan olevan synonyyminen aggressiivisuuden kanssa, kuitenkin väkivalta-sana kattaa erityisen intensiivisen aggressiivisuuden. Nykyisin englanninkielisessä termistössä violence tai violent

aggression on korvannut termin aggression. Rippon katsoo tämän johtuvan siitä, että median huomio on helpompi kiinnittää vahvoja tunteita herättävillä sanoilla.

O'Connell ym. (2000) huomauttavat, että aggressiivisen käyttäytymisen rajat voivat vaihdella kulttuurista toiseen. Tämä todetaan myös van Londenin ym. (1990) monikulttuurisessa tutkimuksessa. Siksi olisikin tärkeää määritellä, miten tutkimuksen kohteena oleva ryhmä itse määrittelee aggressiivisuuden. Myös Farrell (1997) on kritisoinut yhteisöön ulkopuolelta tuotavaa aggressiivisuuden määritelmää.

Uhkailu enteilee väkivaltaista käyttäytymistä. Uhkailu voidaan esittää leikillään tai vakavasti, mutta se on aina merkki väkivaltariskistä. Fyysisen väkivallan uhka voi olla vaikutuksiltaan yhtä vahingoittavaa ja stressaavaa kuin varsinainen fyysinen hyökkäys (Rasimus 2002, 123; Winstanley & Whittington 2004). Uhkausten toistuminen ei tee niistä vähemmän vaarallisia. Uhkailu sinänsä on jo psyykkistä väkivaltaa. Uhkaukset eivät välttämättä ole vain sanallisia, vaan uhkailija voi edelleen tehostaa sanojaan esimerkiksi rikkomalla esineitä. (Atakan & Davies 1997; Weizmann-Henelius 1997, 79.) Uhkailun ja verbaalisen aggressiivisuuden vaikutukset saattavat olla työntekijälle jopa stressaavampia kuin varsinainen fyysinen väkivalta (Taipale & Välimäki 2002).

Työpaikkaväkivalta voi olla fyysistä, psykologista tai seksuaalista. Lisäksi siihen voi kuulua uhkailua ja pelottelua (DeBel 2003). Työpaikkaväkivalta tarkoittaa tilanteita, joissa henkilöä on uhkailtu tai pahoinpidelty työhön liittyvissä olosuhteissa niin, että hänen turvallisuutensa, hyvinvointinsa tai terveytensä on vaarantunut. Tähän määritelmään kuuluu myös epäsuora väkivalta, eli tapaukset, joissa uhkaus tai väkivalta kohdistuu työntekijän perheeseen tai ystäviin. Edelleen määritelmä kattaa sekä fyysisen että verbaalisen hyökkäyksen. Viime vuosina työpaikkaväkivallan käsite on sisältänyt myös työpaikkakiusaamisen sekä seksuaalisen häirinnän. (Aromaa 1997.)

Työpaikkaväkivallasta voidaan edelleen erottaa työväkivallan käsite. Työväkivalta-käsitteellä tarkoitetaan työyhteisöön ulkoapäin kohdistuvaa väkivaltaa, kun taas työpaikkaväkivalta on työyhteisön sisäistä. (STTK 2005). Käsitettä ei ole

johdonmukaisesti käytetty alan tutkimuskirjallisuudessa. Tämän tutkimuksen rajaus on kyseisen jaottelun mukainen, vaikka työväkivallan käsite on toistaiseksi harvinaisempi aihetta koskevassa kirjallisuudessa. Tässä tutkimuksessa viitataan uhkaamisella verbaaliseen tai fyysisellä väkivallalla uhkailuun, kuten esimerkiksi nyrkin heristämiseen. Uhkaaminen voi ilmetä kuitenkin myös sanattomasti, kuten uhkaavina katseina. Väkivallalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa fyysistä hyökkäystä työntekijää kohtaan.

2.2. Terveydenhuollon väkivallan luonteenomaiset piirteet

Viitasara ja Menckel (2002) ovat määrittäneet katsauksessaan viisi eri tutkimusnäkökulmaa terveydenhuollon väkivaltaan. Näistä ensimmäinen näkökulma kiinnittää huomion tekijään. Tällöin tutkimus keskittyy hyökkääjän ominaisuuksiin, kuten diagnoosiin, sukupuoleen ja ikään (vrt. Blomhoff ym. 1990). Toisessa näkökulmassa mielenkiinto kohdistuu puolestaan väkivallan uhreihin ja heidän ominaisuuksiinsa (vrt. Carmel & Hunter 1989; Arnetz, ym. 1996). Kolmannessa orientaatiossa tarkastellaan väkivaltaa työhön liittyvänä ongelmana, enemmän irrallaan yksilöön liittyvistä tekijöistä (vrt. Rasimus 2002). Neljännessä näkökulmassa keskitytään uhkauksien ja väkivallan seurauksiin henkilökunnassa (kuten Chambers 1998; Nabb 2000). Viidennessä lähestymistavassa katsotaan väkivaltaa organisaatioiden ja niiden menettelytapojen tasolla (vrt. Morrison ym. 2002). Organisaatioiden tasolle keskittyvä tutkimus on kuitenkin toistaiseksi ollut vähäistä.

Riski joutua väkivallan kohteeksi on terveydenhuollon- ja sairaanhoidon alalla selvästi muita aloja suurempi. Väkivalta on myös vakavampaa kuin työssä keskimäärin kohdattu väkivalta. Suurin riski on mielenterveyshoitajilla. (Piispa & Saarela 2000.) Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Super ry:n kyselyyn vastanneista 83 % oli kokenut fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa viimeisen työssäolovuotensa aikana ja yli puolet (55 %) oli kokenut väkivaltaa tai sen uhkaa potilaan omaisten taholta (Majasalmi 2001, 8–10). Myös englantilaisen tutkimuksen mukaan yli puolet hoitajista (59 %) oli joutunut

omaisen verbaalisen väkivallan ja 20 % fyysisen väkivallan kohteeksi (Nabb 2000). Rasimuksen (2002, 126) mukaan omaiset voivat myös provosoida tilannetta, eivätkä omaisten väliset tappelutkaan ole harvinaisia esimerkiksi päivystyspoliklinikoilla.

Söderholm ym. (1999) kuvaavat hoitotyössä tyypilliseksi väkivaltatapahtumaksi tilanteen, jossa potilas psykoosin tai päihteiden vaikutuksen alaisena käyttäytyy aggressiivisesti uhkaillen tai riehuen. Vajaassa kolmasosassa tapauksista potilas yllättäen pääsi esimerkiksi lyömään kasvoihin tai potkaisemaan kiinni otettaessa. Valtaosassa väkivaltatilanteissa apua pyydettiin työtoverilta, runsaassa kymmenesosassa tapauksista kutsuttiin poliisi.

Terveystieteiden tutkimuskeskus Tehty ry on kartoittanut jäsentensä työssä kohtaamaa väkivaltaa 1999. Tulosten mukaan joka kolmas hoitaja on kokenut työssään fyysistä väkivaltaa tai sillä uhkaamista. Kaksi kolmasosaa hoitohenkilökunnasta oli joutunut sanallisen uhkailun, arvostelun tai nimittelyn kohteeksi kyselyä edeltäneen vuoden aikana. Fyysistä uhkaa esiintyi useimmin vanhainkodeissa, terveyskeskuksissa sekä sairaaloissa. Sanallinen uhkailu oli yleistä kaikentyyppisissä yksiköissä, mutta sitä esiintyi etenkin vanhustenhuollossa ja päivähoitossa. (Markkanen 2000, 13.) Sanallinen uhkailu on myös sairaankuljetusalalla yleistä. Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan ambulansseissa työskentelevästä henkilökunnasta 80 % on kohdannut työssään uhkailuja sekä väkivaltaa. Uhkailu ja varsinainen fyysinen väkivalta olivat kyselyn perusteella lähes yhtä yleisiä. (Suserud ym. 2002.)

Nuorilla ja vähän kokemusta omaavilla on suurempi riski joutua väkivallan kohteeksi. Vuorotyötä tekevät ilmoittivat päivätyötä tekeviä useammin kokeneensa väkivaltaa. Lisäksi työsuhteen määräaikaisuus saattaa olla riskitekijä väkivallalle altistumisessa. (Carmel & Hunter 1989; Markkanen 2000, 16.) Useiden tutkimusten mukaan mieshoitajat kohtaavat enemmän väkivaltaa kuin naiset. (Arnetz ym. 1996; Vanderslott 1998; Åström ym. 2002.) Sukupuolen merkitys ei kuitenkaan ole yksiselitteinen. Miehet joutuvat väkivallan kohteeksi usein jo siitä syystä, että he menevät ensimmäisinä tilanteisiin, joissa potilas käyttäytyy uhkaavasti tai aggressiivisesti. (Rasimus 2002, 152.)

Viitasara ym. (2003) toteavat saman ja huomauttavat, että sukupuoli itsessään ei altista väkivallan uhriksi joutumiselle, vaan tuloksia selittää sukupuolirakenne työpaikoilla. Esimerkiksi väkivaltaisimpia potilaita hoitavissa työpisteissä työskentelee usein enemmän mieshoitajia. Markkanen (2000, 16) ja Heiskanen (2005) tuovat esiin, että naisten kokema työpaikkaväkivalta on lisääntynyt ja määrällisesti ylittänyt miesten kokeman väkivallan.

Dementian on todettu ennustavan väkivaltaista käyttäytymistä erityisesti sellaisilla ikäihmisillä, joilla ei ole aiempaa väkivaltahistoriaa tai tiedossa olevia mielenterveyshäiriöitä (Anderson ym. 2004). Laitoshoitovaiheessa dementoivan sairauden aiheuttamat käytöshäiriöt, levottomuus tai harhaluulot ovat hyvin yleisiä oireita ja ne voivat altistaa hoitohenkilökunnan väkivallalle (Vataja ym. 2001; Savage ym. 2004). Levottomuudella tarkoitetaan äänekkyyttä, motorista aktiivisuutta tai epätarkoituksenmukaista aggressiivisuutta, jonka taustalla on esimerkiksi pelko, masennus tai stressi. Myös ahdistuneisuus on dementiapotilailla yleistä. Vieras ympäristö, pulmatilanteet tai tutun hoitajan poistuminen voivat lisätä ahdistusta. Käytös saattaa potilaan kannalta olla mielekäs yritys jäsentää jatkuvasti vieraalta tai epätodelliselta tuntuvaa ympäristöä. (Santala & Leinonen 2003.)

Dementiapotilaille tyypillinen oire on katastrofireaktio, jolla tarkoitetaan agitoitunutta purkausta. Pitkäaikaishoidossa katastrofireaktioita esiintyy päivittäisissä hoitotilanteissa, joissa potilasta kosketetaan, kuten peseytymisessä tai pukeutumisessa autettaessa. Vaikka dementiapotilaan väkivaltaisuus on usein ennakoitavissa, voi se joskus esimerkiksi harhaluuloihin liittyneenä olla vaarallistakin. (Santala & Leinonen 2003.) Tämän potilasryhmän kohdalla päivittäinen hoitotoimien aggressiivinen vastustaminen jatkuu yleensä kuolemaan asti (Keene ym. 1999) ja on täten merkittävä tekijä hoitohenkilökunnan työympäristössä (Menckel ym. 2000).

Myös kehitysvammaisten hoidossa esiintyy runsaasti väkivaltaista käyttäytymistä (Menckel ym. 2000; Anderson ym. 2004). Tämän oletetaan johtuvan puutteellisesta kyvystä ilmaista tunteita. Tällöin erilaisia tunnetiloja pystytään tuomaan esiin vain

aggressiivisella käyttäytymisellä. Muita kehitysvammaisten väkivaltaisuuteen yhteydessä olevia tekijöitä ovat Andersonin ym. (2004) katsauksen perusteella huono liikuntakyky, lapsuusikä, miessukupuoli ja epilepsia. Matala sosioekonominen asema lisäsi väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä myös kehitysvammaisilla. Varonen (1992) lisää, että kehitysvammaisten väkivaltaisuuden taustalla voivat olla myös orgaaniset syyt. Toisaalta Stirling ja McHugh (1998) huomauttavat, että joillain käytöshäiriöisillä potilailla väkivaltainen käyttäytyminen voi olla ainoa keino saada henkilökunnalta huomiota. Näitä potilaita saatetaan helposti vältellä, elleivät he aiheuta häiriöitä, joihin on pakko puuttua.

Pitkänen (2003) on pro gradu -tutkimuksessaan luokitellut työntekijöiden haastatteluaineistosta väkivaltaista käyttäytymistä laukaisevia tekijöitä psykiatriassa. Näitä olivat vastentahtoinen sairaalaan lähettäminen, vastentahtoinen hoitotoimenpide, rajoittaminen, sopimuksen pettäminen ja hoitajan ammatillisuuden puuttuminen (kts. myös Rix & Seymour 1988; Pitkänen ym. 2005). Sjøgreen ym. (2003) katsovat, että uhkauksia tai väkivaltaa edeltää aina konflikti. Konflikti määritellään tilanteeksi, jossa toinen osapuoli tuntee itsensä rajoitetuksi ja turhautuneeksi toisen toimesta. Henkilökunta ei kuitenkaan välttämättä tiedosta potilaan kokemaa konfliktia.

Rasimuksen (2002, 121) tutkimuksessa päivystyspoliklinikan henkilökunnasta lähes puolet oli sitä mieltä että henkilökunta provosoi omalla käyttäytymisellään potilaita paljon. Noin puolet vastaajista koki, että henkinen väsyminen on riski työssä. Väsynyt työntekijä ei hallitse kaikissa tilanteissa omaa käyttäytymistään tarpeeksi. Farrell (1997) toteaa, että olisi harhaanjohtavaa uskoa, että hoitajat eivät itse olisi aggressiivisia. Hoitotyön tekeminen on vaativaa ja stressaavaa, mikä voi johtaa aggressiiviseen tai provosoivaan käytökseen myös hoitajan taholta. (Myös Vanderslott 1998.) Sjøgreenin ym. (2003) mukaan stressiä ehkäisee työpaikoilla sellainen ilmapiiri, jossa voi ilmaista myös heikkoutensa. Työnohjaus voisi olla yksi tärkeä keino, jolla itsetuntemusta lisätään ja joka tukee keskustelevaa ilmapiiriä työyhteisössä.

Tutkimuksien mukaan terveydenhuollon väkivaltatapauksia jää paljon ilmoittamatta (Vanderslott 1998; Brady & Dickson 1999; Söderholm ym. 1999; Adib ym. 2002; Strand ym. 2004). Adibin ym. (2002) mukaan tilanteiden raportoinnista ei yleensä seurannut mitään toimenpiteitä tai toimenpiteet eivät tyydyttäneet väkivallan uhria. Kaltiala-Heino ym. (2004) tuovat esiin, että tapahtumien rekisteröinti antaisi tietoa tilanteiden säännönmukaisuuksista. Seuranta auttaa tunnistamaan riskialttiit tilanteet työpaikan toiminnassa sekä suunnittelemaan työvuorolistoja ja päiväohjelmia väkivaltariskin huomioiden.

2.3. Väkivallan riskitekijät

Väkivaltahistoriaa pidetään luotettavana perusteena arvioitaessa henkilön väkivaltaisuutta (Blomhoff ym. 1990; Atakan & Davies 1997; Anderson ym. 2004). Mitä varhaisemmassa vaiheessa väkivaltainen käyttäytyminen ilmenee, sitä suurempi on riski väkivaltaan myös myöhemmin elämässä. Merkittävää väkivallan tekijän henkilöhistoriassa on se, miten paljon hän itse on altistunut väkivallalle. Erityisesti lapsuudessaan väkivaltaa kokeneet henkilöt käyttäytyvät itse väkivaltaisesti muita todennäköisemmin. (Blomhoff ym. 1990; Schulman 2004.) Kuitenkaan vakavakaan väkivaltatausta ei suoraan ennakoiki väkivaltaista käyttäytymistä laitosoosuhteissa, kuten esimerkiksi psykiatrisessa sairaalassa (Rix & Seymour 1988).

Weizmann-Henelius (1997, 81) pohtii potilaan vaarallisuuden arviointia psykiatrisessa hoidossa ja toteaa, että sitä on vaikea tehdä luotettavasti. Tyypillisesti väkivaltatilanteeseen syyllistyvä henkilö on 15–30 -vuotias mies, joka käyttää alkoholia ja on luonteeltaan impulsiivinen sekä epäsosiaalinen. Myös Andersonin ym. (2004) mukaan miehet syyllistyvät naisia enemmän väkivaltaiseen käyttäytymiseen ja sen seuraukset ovat myös vakavampia. Mielenterveysongelmaisten kohdalla sukupuolen merkitys on kuitenkin pienempi kuin väestössä yleensä.

Väkivaltaista käyttäytymistä ennakoi usein syyttävä tai solvaava kielenkäyttö, äänen korottaminen, kiihtynyt mielentila tai esimerkiksi pelko. Paljastavin fyysinen merkki on motorinen levottomuus. Toisaalta vetäytyminen hiljaiseksi ja kontaktin välttely voivat myös ennustaa väkivaltaa. Kuitenkin voi olla, että väkivaltaa ei ennakoi selkeästi mikään tietty ennusmerkki. (Weizmann-Henelius 1997, 116.)

Stressiä on yleisesti pidetty väkivallan riskitekijänä. Bradyn ja Dicksonin (1999) mukaan ensiapujen asiakkaat ovat usein stressaavassa tilanteessa, kivuliaita ja joutuvat odottamaan pitkään. Lisäksi koetaan turhauttavana, kun oma vuoro arvaamatta siirtyy kiireisempien asiakkaiden tullessa päivystyspoliklinikalle. Anderson ym. (2004) tuovat esiin, että stressi on yksilöllistä. Matalaan sosioekonomiseen asemaan joka tapauksessa liittyy useita stressitekijöitä. Näitä ovat muun muassa työttömyys sekä taloudelliset ja terveyteen liittyvät ongelmat. Toisaalta Weizmann-Heneliuksen (1997, 77) mukaan esimerkiksi alkoholisteihin tai mielenterveyspotilaisiin kohdistuu ennakkoluuloja, joiden takia väkivallan uhkaa voidaan liioitella. Uusimpien tutkimusten perusteella mielisairaudella ja väkivaltaisuudella ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkitsevää yhteyttä (Anderson ym. 2004).

Viitasaran ja Menckelin (2002) mallissa psykososiaalinen työympäristö ja tuki ovat tekijöitä, jotka vaikuttavat osaltaan väkivaltaprosessiin. Weizmann-Henelius (1997, 89) toteaa, että hoitolaitoksissa vallitseva ilmapiiri ja yhteisökulttuuri ovat merkityksellisiä potilaiden väkivaltaiselle käyttäytymiselle. Weizmann-Henelius tarkastelee asiaa erityisesti psykiatrisen hoidon kannalta ja tuo esiin, että heikko johtajuus, puutteellinen motivaatio ja kommunikointi ovat tavallisia niillä osastoilla, joilla väkivaltaa esiintyy. Väkivaltaisuutta ehkäisee työyhteisön tehtävän selkeä määrittely ja yhteinen hoitoideologia. Kokonaisuudessaan hyvä työilmapiiri ja väkivallan ehkäiseminen edellyttävät organisaatiolta myös riittävää henkilökuntamitoitusta.

Myös Sjøgreen ym. (2003) katsovat, että väkivallan ehkäisyssä keskeistä on työpaikan kulttuuri ja se miten henkilökunta näkee konfliktit, väkivallan ja uhkaukset. Konfliktitilanteessa tunteet helposti sivuuttavat rationaalisuuden. Autonomian ja

tilanteen hallinnan tunne estää itsessään ahdistuneisuutta ja vihaa sekä potilaissa että henkilökunnassa. Esimerkkinä väkivaltaa ehkäisevästä kulttuurista voisi pitää Stirlingin ja McHugh'n (1998) kuvausta työyhteisöstä, jossa rajoittavia interventioita alettiin pohtia niiden käyttämisen oikeutusta pidemmälle. Potilaille laadittiin yksilölliset hoitosuunnitelmat, joiden perusteella terapeutista kiinnipitoa käytettiin. Rajoittamisen merkitys kehittyi tällöin sanktiosta hoidolliseen suuntaan.

Terveystieteiden työpaikoilla on parantamisen varaa fyysisen työympäristön rakenteellisten ratkaisujen tai turvatekniikan käytössä. Tungos, meteli ja odottaminen lisäävät helposti ihmisten herkkyyttä aggressiiviseen reagointiin. Turvamiehen näkyvä läsnäolo esimerkiksi päivystyspoliklinikalla voisi hillitä väkivaltilanteiden kehittymistä, sillä kontrollin tai rangaistuksen mahdollisuus vaikuttaa ihmisen toimintaan rajoittavasti. (Weizmann-Henelius 1997, 84; Rasimus 2002, 148–149.) Weizman-Henelius (1997, 77) toteaa, ettei ole olemassa yksittäisiä, yleisiä syitä väkivaltaan, vaan väkivaltainen käyttäytyminen on useiden tekijöiden yhteistulos. Väkiältä purkautuu tilanteessa, jossa monet vaikeudet kasaantuvat.

3. TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

3.1. Väkiältä prosessina

Tässä tutkimuksessa terveydenhuollon työpaikkaväkivaltaa lähestytään kahden mallin kautta. Lähtökohtana niissä molemmissa on ajatus siitä, että väkivaltaa ja uhkailua tarkastellaan prosessina. Choun ym. (1996) mukaan väkiältä ei ole irrallinen tapahtuma, vaan sen voidaan ajatella kehittyvän eri tapahtumien jatkumona, johon on mahdollista vaikuttaa. Choun ym. malli ohjaa sairaanhoidon interventioihin hyökkäävän käyttäytymisen eri vaiheissa. Viitasara ja Menckel (2002) ovat puolestaan kehittäneet teoreettisen mallin sosiaali- ja terveydenhuoltoalan väkivallan ja uhkailun analysoimiseksi.

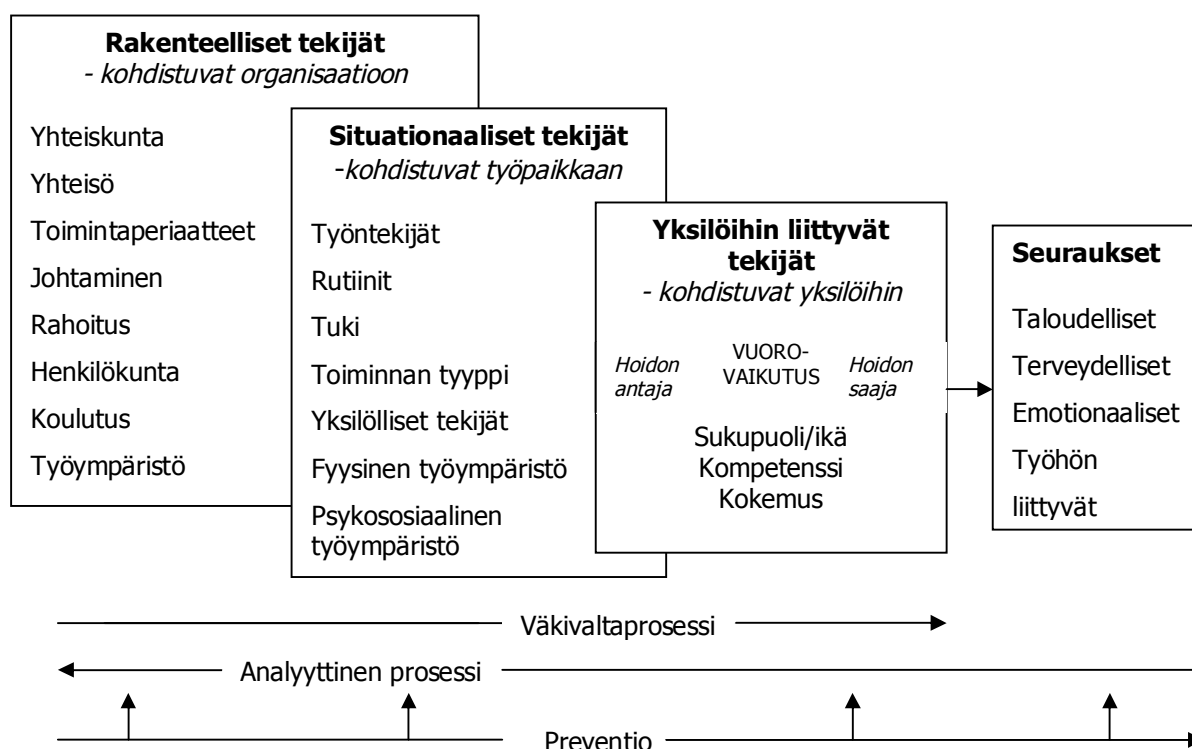
Choun ym. (1996) interventiomallissa pyritään väkivallan kahdessa ensimmäisessä vaiheessa ehkäisemään väkivaltaisuutta vaikuttamalla hoitoympäristössä havaittuihin riskitekijöihin. Interventiomalli keskittyy väkivallan prosessiluonteeseen ymmärtämiseen ja käytännön ehkäiseviin toimenpiteisiin. Viitasaran ja Menckelin (2002) mallissa tarkastellaan väkivallan riskitekijöitä työympäristöön liittyvinä haittatekijöinä. Väkivaltatilannetta tarkastellaan silloin myös yhteydessä yhteiskunnallisiin tekijöihin. Tässä tutkimuksessa hyödynnetään Choun ym. (1996) esittämää viitekehystä, joka paikantuu Viitasaran ja Menckelin mallissa lähinnä spesifeihin, yksilöiden tasolla oleviin riskitekijöihin. Choun ym. interventiot ovat puolestaan Viitasaran ja Menckelin mallista käsin tarkasteltuna sekundaaripreventiota.

Terveystieteiden työntekijöihin kohdistuva väkivalta ei ole irrallaan yhteiskunnallisista ratkaisuista ja ongelmista (Markkanen 2000, 26; Rasimus 2002, 15–16). Nämä kaksi mallia antavat toisiaan täydentävän näkökulman terveydenhuoltoalalla esiintyvään työväkivaltaan. Liitteeseen 1 on taulukoitu väkivaltatutkimuksia Viitasaran ja Menckelin (2002) viitekehyksen pohjalta.

3.2. Viitasaran ja Menckelin malli terveydenhuollon väkivallan analysoimiseksi

Viitasaran ja Menckelin (2002) mukaan väkivaltaisen tai uhkaavan tilanteen taustalla on sekä rakenteellisia että tilanteeseen liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttavat tapahtumaympäristössä niin edeltävästi kuin väkivaltatapahtuman jälkeen (kuviot 1). Väkivallan purkautuminen hoitotilanteessa on useiden prosessien lopputulos. Väkivaltaprosessin hallinnan voidaan ajatella sisältyvän saumattomasti organisaation toimintaperiaatteisiin ja tätä kautta jokaiseen työtilanteeseen. Myös Morrison ja Lehane (1996) ovat todenneet, että mikäli halutaan ymmärtää hoitohenkilökunnan käyttäytymistä sairaalassa, on tarkasteltava myös organisaation toimintakulttuuria.

Työympäristön rooli on keskeinen osaamisen soveltamisessa ja kehittämisessä. Nykyaikaisissa johtamisteorioissa korostuu se, että ihmiset pyrkivät kehittymään, mikäli ympäristö tarjoaa siihen mahdollisuudet, tuen ja haasteita. Tärkeää on työtahti, jossa jää aikaa myös työn kehittämiseksi. (Ruohotie 2000, 59).



KUVIO 1. Viitasaran ja Menckelin viitekehys väkivallan ja uhkatilanteiden analysoimiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilla (Viitasara 2004, liite)

Rakenteelliset tekijät (Structural Factors) Viitasaran ja Menckelin (2002) mallissa käsittävät perustavanlaatuisia, pysyviä riskejä, jotka vaikuttavat organisaatioon. Ne muovautuvat yhteiskunnan (Society), yhteisön (Community), toimintaperiaatteiden (Policy), johtamisen (Management), rahoituksen (Finance), henkilökunnan (Personnel),

koulutuksen (Education) sekä työympäristön (Work Environment) tasoilla. Situatioon tekijöillä (Situational Factors) viitataan tilanteessa olemassa oleviin tekijöihin, kuten esimerkiksi väkivaltatapahtuman sosiaaliseen kontekstiin, tässä tapauksessa työpaikkaan. Situationaaliset tekijät käsittävät työntekijät (Employees), rutiinit (Routines), tuen (Support), toiminnan tyyppin (Type of Activity), yksilölliset tekijät (Individual Factors) ja fyysisen (Physical Environment) sekä psykososiaalisen ympäristön (Psychosocial Environment) väkivaltatapahtumassa. Väkivaltatilanteessa vaikuttavat yksilöihin liittyvät tekijät (Specific Factors) kohdentuvat paikalla oleviin henkilöihin (ikä, sukupuoli, pätevyys, kokemus) ja heidän vuorovaikutukseensa.

Systemaattinen riskien hallinta käsittää vaarojen tunnistamisen, riskianalyysin ja ennaltaehkäisevät toimet. Preventiivisiä strategioita voidaan toteuttaa kolmella tasolla: yksilöiden, työpaikan ja organisaation tasolla. Primääripreventio merkitsee riskien vähentämistä. Tämä tapahtuu puuttamalla työympäristön turvallisuuteen sekä ”vahvistamalla” henkilökuntaa tiedon, koulutuksen ja harjoittelun avulla. Koulutus ja harjoittelu kohdistuvat sekä työnantajiin että työntekijöihin. Tällä tähdätään siihen, että uhka- ja väkivaltatilanteita pystytään hallitsemaan ja välttämään. (Viitasara & Menckel 2002.) Väkivaltatilanteiden estämiseen ja hallintaan tähtäävää koulutusta on pidetty hoitotyössä tärkeänä jo pitkään (Collins 1994; Whitley ym. 1996) mutta vieläkin sen saatavuudessa on suuria vaihteluita (Delaney ym. 2001; Mackin 2001; Badger & Mullan 2004).

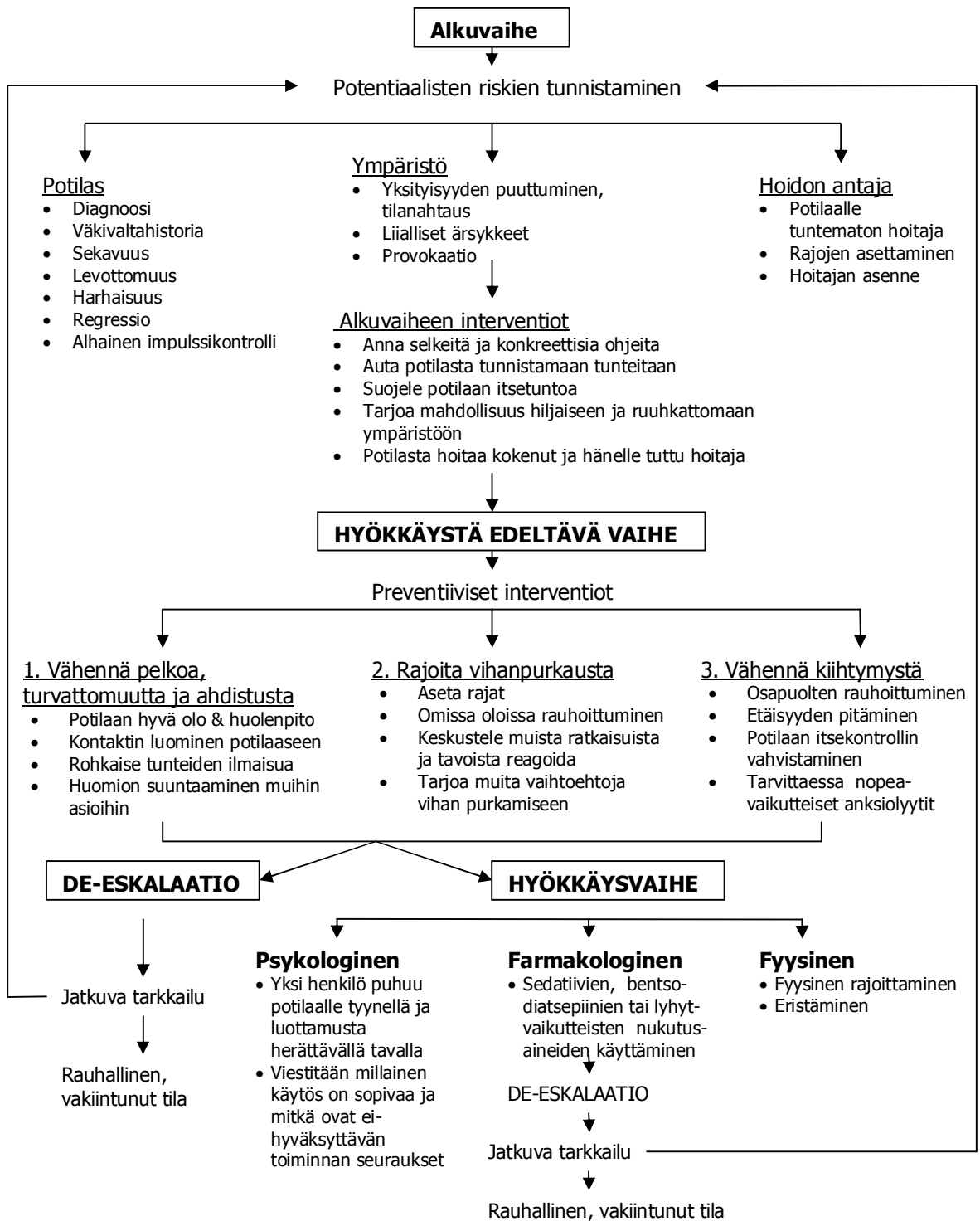
Sekundaaripreventiolla pyritään estämään tilanteen eskaloituminen. Tällöin toimenpiteet kohdistuvat vihan- ja aggressionpurkauksen rajoittamiseen. Aseeksi sopivat esineet poistetaan ympäristöstä ja huolehditaan muiden ihmisten turvallisuudesta. Tertiääripreventio tapahtuu jälkikäteen. Siihen kuuluu tuen ja avun antaminen tilanteen jälkeen. (Viitasara & Menckel 2002.) Työtovereiden ja esimiesten tuki on koettu tärkeäksi väkivaltatilanteen jälkeen (Chambers 1998; Delaney ym. 2001; Strand ym. 2004). Useiden tutkimusten mukaan väkivallan kohteeksi joutuneet henkilöt eivät kuitenkaan koe saavansa tarpeeksi tukea (Mackin 2001; Viitasara ym. 2003; Badger & Mullan 2004). Olennaista on myös tarkastella tilannetta ja toimintatapoja sekä tilastoida

tapahtumat ja niiden aiheuttamat vammat (Viitasara & Menckel 2002; Kaltiala-Heino ym. 2004).

3.3. Choun, Kaasin ja Richien hyökkäystilanteiden interventiomalli

Choun ym. (1996) viitekehys on modifioitu Distasion vuonna 1994 esittelemän mallin pohjalta erityisesti geriatriseen hoitotyöhön ja se perustuu väkivallan dynamiikan tarkasteluun (kuvio 2). Väkivaltaa tarkastellaan kolmessa eri vaiheessa. Tilanne voidaan alkuvaiheessaan (Baseline Stage) välttää puuttumalla sen syyhyn. Olennaista on tunnistaa potilaaseen, ympäristöön sekä hoidon antajaan liittyvät potentiaaliset riskitekijät. Alkuvaiheen tilanteessa suositeltuja interventioita ovat 1) ohjeiden antaminen potilaalle yksinkertaisella ja konkreettisella tavalla, 2) potilaan auttaminen omien tunteiden tunnistamisessa, 3) potilaan itsekunnioituksen suojaaminen sekä 4) rauhallisen tilan tarjoaminen. (Chou ym. 1996.)

Hyökkäystä edeltävässä vaiheessa (Pre-Assaultive Stage) toimenpiteitä kohdistetaan potilaaseen. Interventioin pyritään vähentämään pelkoa, turvattomuutta ja ahdistusta sekä rajoittamaan vihanpurkausta. Mitä varhaisemmassa vaiheessa potilaan käyttäytymisessä tapahtuviin muutoksiin reagoidaan, sitä paremmin voidaan hyökkäystilanne välttää. Ensimmäisenä pyritään vastaamaan potilaan tarpeisiin tarjoamalla hänelle mahdollisimman hyvä sekä rauhallinen ympäristö ja olo. (Chou ym. 1996.) Psykogeriatrisilla potilailla voi olla vaikeuksia kestää ympäristön erilaisia ärsykyitä ja heille tulisi pyrkiä tarjoamaan mahdollisuus vetäytyä hiljaiseen ja rauhalliseen paikkaan (Savage ym. 2004).



KUVIO 2. Choun ym. (1996) interventiomalli hyökkäävän käyttäytymisen varalle

Vihanpurkausta voidaan rajoittaa antamalla potilaalle säännöt, joiden puitteissa tilanteessa toimitaan tai tarjoamalla muita tapoja ilmaista vihaa. Yksi tapa on ohjaaminen rauhoittumaan omaan huoneeseen, jossa pysytään, kunnes suuttumus on ohi (self-controlled time-out). (Chou ym. 1996.) Tätä tapaa käytetään yleisesti myös nuoriso- ja aikuispsykiatriassa kiihtyneen potilaan rauhoittamiseksi (Morrison ym. 2002; Kaltiala-Heino 2004). Potilaan kiihtymystä tulee rauhoittaa käyttämällä lievimmän rajoittavia toimenpiteitä ja tukemalla potilaan omaa tilanteen hallintaa (Chou ym. 1996; Morrison ym. 2002).

Hyökkäysvaiheessa (Assaultive Stage) tarvitaan psykologisia, fyysisiä ja farmakologisia toimenpiteitä tilanteen rauhoittamiseksi. Yleensä tässä vaiheessa tarvitaan tiimityöskentelyä potilaan rauhoittamiseksi. Potilaalle ilmoitetaan selkeällä tavalla, minkälainen käyttäytyminen on hyväksyttävää. Lääkityksen lisäksi saatetaan tarvita fyysistä rajoittamista esimerkiksi lepositein tai eristämistä. (Chou ym. 1996.) Morrison ym. (2002) toteavat, että psykiatriassa pyritään keskustelemisen sijaan antamaan hyökkävälle potilaalle selkeät vaihtoehdot, miten tämän tulee tilanteessa toimia. Potilaalle annetaan muutama minuutti aikaa osoittaa rauhoittumista. Muussa tapauksessa henkilökunta turvautuu fyysiseen rajoittamiseen oman turvallisuutensa takaamiseksi.

4. TUTKIMUKSEN RAJAUS, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan uhkailua, aggressiivista käyttäytymistä tai väkivaltaa, joka kohdistuu terveydenhuollon työntekijään potilaiden, asiakkaiden tai heidän läheistensä taholta. Tutkimuksen ulkopuolelle rajataan kiusaaminen ja seksuaalinen häirintä, ellei tekijänä ole potilas tai asiakas. Tyypillisimmin tekijä on niissä työyhteisön sisäpuolelta (Söderholm ym. 1999).

Terveydenhuollon raportoiduissa väkivaltaluvuissa esitetään usein yhdistettynä väkivalta ja sen uhka, jota terveydenhuoltoalalla esiintyy runsaasti. Molemmat sisältyvät työväkivallan käsitteeseen. Tässä tutkimuksessa varsinaista fyysistä väkivaltaa ja uhkailua tarkastellaan erillisinä ilmiöinä. Perusteena käsitteiden erottamiselle tässä on se, että näin voidaan tutkia uhka- ja väkivaltatilanteiden mahdollisia eroavaisuuksia. Se että uhkatilanne ei kehity väkivallaksi, voi liittyä esimerkiksi hoitavan henkilön neuvokkaaseen toimintaan tai organisaatiossa toteutettuihin väkivaltaa estäviin toimenpiteisiin.

Tutkimuksessa keskitytään väkivaltatapahtumiin ja uhkatilanteisiin sekä niitä ennakoiviin ja erottaviin tekijöihin. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa terveydenhuollon eri aloilla kohdatusta uhkailusta ja väkivallasta sekä niiden yhteydessä käytetyistä hoitotyön interventioista. Tutkimuksen tarkoituksena on verrata väkivallan ja uhkailun kohteeksi joutumista terveydenhuollon eri toimialoilla. Lisäksi tarkoitus on selvittää, mitkä tekijät edeltävät väkivaltaa ja uhkailua. Tutkimusongelmat ovat:

1. Millä tavoin väkivalta eroaa terveydenhuollon eri toimialoilla?
2. Mitkä tekijät estävät uhkatilanteen eskaloitumisen väkivallaksi?
3. Mitkä ovat väkivaltaa ennakoivia tekijöitä terveydenhuollon työpaikoilla?
4. Millainen on väkivaltaprosessin kokonaisuuden hallinta terveydenhuollon työpaikoilla?

5. AINEISTON KERUU JA ANALYYSI

5.1. Aineisto ja menetelmä

Mittarina käytetty kyselylomake (liite 2) on muodostettu jäsentäen väkivaltilanteen elementtejä Choun ym. (1996) sekä Viitasaran ja Menckelin (2002) mallien avulla. Lomakkeen suunnittelussa perustana oli aiempi aihetta koskeva tutkimustieto (liite 1) sekä teoreettinen kirjallisuus. Lisäksi ideoinnissa käytettiin apuna kahta valmista mittaria: Agervoldin psykososiaalista työympäristöä mittaavaa kyselylomaketta sekä KPP IRF (Keeping Pubs Peaceful Incident Report Form 1995) -lomaketta. Pääpainotus on väkivaltilanteessa, sen ennakoimisessa ja siihen varautumisessa.

Kyselylomakkeessa oli yhteensä 91 kohtaa ja se sisälsi sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä (taulukko 1). Lomakkeen jäsentelyssä pyrittiin väkivaltilanteen tapahtumien mukaiseen järjestykseen. Lomakkeen alussa täydennettiin väkivaltilanteen ja lomakkeen täyttämisen ajankohta sekä tieto siitä, monesko kyseinen tilanne tutkimusjaksolla vastaajalle oli. Vastaaja myös määritteli strukturoidusti, minkä tyyppinen tilanne (uhkaava käyttäytyminen/ väkivallan yritys/ fyysinen väkivalta) oli kysymyksessä. Vastaajasta, työvuorosta, väkivallan tekijästä sekä tilanteesta kysyttiin taustatietoja, joiden voitiin aikaisemman tiedon perusteella olettaa olevan yhteydessä terveydenhuollon väkivaltaan. Tämän jälkeen tilannekuvausta kartoitettiin avokysymyksin sekä Likert-tyyppisillä viisiportaisilla väittämillä. Vastaajaa pyydettiin myös arvioimaan tilanteen vakavuutta asteikolla 1–10. Tilanteen ilmoittamisesta kysyttiin sekä strukturoiduin että avoimin kysymyksin. Koulutuksesta ja työpaikan turvapalveluista kysyttiin avoimin kysymyksin. Lomakkeen lopussa oli 34 Likert-tyyppistä vastaajan työpaikkaa yleisemmin kartoittavaa väittämää, jotka perustuivat Viitasaran ja Menckelin (2002) mallin situationaaliin tekijöihin. Summamuuttujien muodostaminen näistä väittämistä esitellään tilastollisen analyysin yhteydessä.

TAULUKKO 1. Muuttujaluettelo

Muuttujat	Kysymykset
Taustatiedot	
Tapahtuma	Lomakkeen alussa numeroimattomat kohdat
Vastaaja	1–5
Työvuoro	6–9
Väkivallan tekijä	10–15
Ympäristö	16
Ennakointi	17–18
Tilanne	19, 20, 22
Yksin työskentely	21
Tilannekuvaus	23–39
Vakavuus	40
Ilmoittaminen	41–48
Seuraukset	49–50
Koulutus	51
Turvapalvelut	52
Työympäristöön liittyvät tekijät	
Kulttuuri	66, 70–75, 83*, 86
Varautuminen väkivaltaan	53–56, 58*, 63, 65
Asenne työhön	64, 69, 79, 80
Työpaikan ihmissuhteet	76–78
Ammatilliset keinot	84–85
Hoitoympäristö	59–61 *
Toiminnan tyyppi	57*, 81*, 82*
Vastaajan stressi	67*, 68*

* Muuttujia ei käytetty summamuuttujien muodostamisessa.

Choun ym. (1996) viitekehyksestä käsin tarkasteltuna aineisto muodostuu pääosin ilmoituksista, jotka on tehty hyökkäysvaiheesta (Assaultive Stage). Kyselylomakkeen avoimilla kysymyksillä (kysymykset 24–26) kartoitetaan hyökkäystä edeltävää vaihetta (Pre-Assaultive Stage). Choun malli on varsinaisesti suunniteltu geriatriseen hoitotyöhön, mutta jaottelua hyökkäystä edeltävien vaiheiden ja interventioiden voi pitää soveltuvana myös muille toimialoille.

Tutkimuksen perusjoukkona ovat terveydenhuollon yksiköt, joissa väkivaltatapahtumia ilmenee. Otanta oli harkinnanvarainen ja toimialojen valitseminen perustui erityisesti kotimaiseen selvitykseen (esim. Markkanen 2000, 13). Otannassa pyrittiin ensisijaisesti saamaan mukaan kultakin toimialalta riittävä määrän tutkimuspaikkoja ja tapahtumia tilastollista analyysia varten. Terveydenhuollon väkivaltaa olisi mahdollista tutkia myös laadullisin menetelmin. Tilastollinen tutkimusote tarjoaa kuitenkin tehokkaan ja taloudellisen menetelmän, silloin kun halutaan saada tietoa suurelta määrältä vastaajia (Raunio 1999, 216). Tässä opinnäytteessä kvantitatiivinen menetelmä mahdollistaa väkivaltatilanteiden vertailun terveydenhuollon eri aloilla.

5.2. Aineiston keruu

Aiheeseen suhtauduttiin useimmissa organisaatioissa positiivisesti. Ensimmäiset yhteydet otettiin ylihoitajiin ja tutkimusta varten hankittiin asianmukaiset tutkimusluvut. Tutkimuksen tekijät kävivät kahdeksassa sairaalassa pyynnöstä esittelemässä tutkimusta, mutta pääsääntöisesti yhteydenpito tapahtui sähköpostitse. Tutkimuspaikkojen rekrytoiminen tapahtui limittäin tiedon keruun kanssa. Aineiston kerääminen kesti kaikkiaan vuoden 2005 helmikuusta lokakuun puoliväliin. Kyselylomakkeet (liite 2) ja seinäohjeistus tutkimusajasta (liite 3) toimitettiin postitse työpaikoille. Tiedon keruu tehtiin eri työpaikoilla niille parhaiten sopivana ajankohtana.

Väkivaltatilanteita seurattiin kullakin työpaikalla yhdestä kolmeen kuukautta. Aluksi sovittiin kuukauden tutkimusajasta, jolloin työntekijä täytti kyselylomakkeen jokaisen kokemansa uhka- tai väkivaltatilanteen jälkeen. Lomake pyydettiin täyttämään mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen, jolloin se vielä muistettiin hyvin. Mikäli tapauksia tutkimuskuukautena oli poikkeuksellisen vähän osaston tavalliseen tilanteeseen verrattuna, tutkimusaikaa jatkettiin kuukausi kerrallaan niin, että maksimissaan tiedonkeruu yhdellä työpaikalla kesti kolme kuukautta. Kahdella psykiatrian ja yhdellä kehitysvammaisten laitoshoidon osastolla sovittiin kahden viikon tutkimusajasta, koska näissä toimipisteissä aggressiivisuuden purkauksia tapahtuu päivittäin useita kertoja.

5.3. Eettiset näkökulmat

Tietoisien päätösten tekeminen tutkimukseen osallistumisesta edellyttää siihen osallistuvilta mahdollisimman tarkkaa tietoa tutkimuksen tarkoituksesta. Osallistujilla tulisi myös olla mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimukseen liittyen. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 27; Polit & Beck 2004, 141–161.) Tutkimukseen osallistuneilta organisaatioilta anottiin asianmukaiset tutkimusluvut hakemuksilla, joiden liitteinä oli tutkimussuunnitelma. Lisäksi kyselylomakkeessa oli tutkijoiden yhteystiedot. Osastojen yhdyshenkilöihin oltiin sähköpostitse yhteydessä vähintään kuukauden välein. Tutkimukseen osallistuminen oli myös mahdollista keskeyttää. Kaksi tutkimuspaikkaa ei jatkanut seurannassa ensimmäisen kuukauden jälkeen.

Tutkimuksen hyödyn pitäisi olla mahdollisimman suuri ja siitä koituvan haitan mahdollisimman pieni tutkimukseen osallistujille. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 27; Polit & Beck 2004, 141–161). Tämän tutkimuksen aihe koettiin työpaikoilla pääsääntöisesti tärkeäksi. Tutkimuksesta aiheutuvan työmäärän vähentämiseksi sovittiin tutkimusajaksi kaksi viikkoa niillä työpaikoilla, joilla väkivaltaa esiintyi runsaasti. Lisäksi seuranta-aika pyrittiin järjestämään mahdollisimman sopivaksi tutkimuspaikan

kannalta. Yksi osastonhoitaja totesi positiivisena seikkana tutkimusajan jälkeen, että oli hyvä huomata osastolla olleen väkivaltatilanteiden suhteen pitkä rauhallinen jakso. Jokainen vastaaja on itse päättänyt täyttääkö lomakkeen vai ei, joten tutkimukseen osallistumista voi pitää vapaaehtoisena.

Tutkimusaiheena väkivallan kohtaaminen voi olla vastaajan kannalta sensitiivinen. Aiemman tutkimuksen mukaan aiheeseen on saattanut liittyä häpeän, ammattitaidon puutteen sekä syyllisyyden tunteita (Rippon 2000). Tässä tutkimuksessa tarkastellaan väkivaltatilannetta prosessina. Tarkoituksena ei ole ollut arvioida vastaajien toimintaa uhka- tai väkivaltatilanteissa, vaan kiinnostus keskittyy väkivallan ennakoimiseen ja siihen varautumiseen. Useilla osastoilla puhuttiin uhka- ja väkivaltatilanteista hyvin avoimesti. Mahdollisesti asia on ollut jo sen verran esillä, että hoitajat eivät koe ylimääräistä häpeää tai syyllisyyttä, joka on aiemmin vaikeuttanut tilanteiden tutkimista ja myös hoitajien työtä. Kyselylomake täytettiin seuranta-aikana sattuneesta uhka- tai väkivaltatilanteesta. Vastaajia ei pyydetty muistelemaan vanhoja, mahdollisesti traumaattisia tapahtumia. Lomakkeen täyttäminen on päinvastoin saattanut toimia vastaajalle yhtenä keinona purkaa tilannetta.

Tutkimuksen eettiset kysymykset ja tutkijan vastuu koskevat paitsi tiedonhankintaa, myös tutkittavien suojaa (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 26; Polit & Beck 2004, 141–161). Tässä tutkimuksessa oli huolehdittava sekä väkivallan tekijöiden että sen kohteeksi joutuneiden henkilöiden yksityisyyden suojaamisesta. Täytetyt lomakkeet palautettiin suljetuissa kirjekuorissa suoraan tutkimuksen tekijöille. Aineisto on säilytetty lukitussa tilassa. Lomakkeet oli numeroitu, jotta voitiin kontrolloida mistä ja montako lomaketta palautui. Tämä jää kuitenkin vain tutkimuksen tekijöiden tietoon. Aineisto on kerätty useilta eri paikkakunnilta, ja tarkastelut esitetään toimialojen eikä yksittäisien työpaikkojen kesken. Tilanteen aiheuttaneesta henkilöstä kysyttiin vain niukasti tietoja. Tapahtumakuvauksista yksittäinen hoitaja tai potilas saatettaisiin kuitenkin esimerkiksi omalla osastolla tunnistaa. Tämä on pyritty huomioimaan muun muassa suoria lainauksia valikoitaessa. Tapahtumakuvauksia ei myöskään raportissa sellaisenaan esitetä.

5.4. Tilastollinen analyysi

Tilastollisen aineiston analyysissä käytettiin SPSS for Windows 13.0 -tilasto-ohjelmaa. Aluksi tutkittiin muuttujien frekvenssijakaumia sekä tunnuslukuja, kuten minimiä, maksimia, moodia, mediaania, keskiarvoa ja keskihajontaa. Lisäksi tarkasteltiin jakaumien muotoa muuttujien frekvenssihistogrammien avulla. Jatkuvien muuttujien jakaumien symmetrisyyttä ja huipukkuutta tarkasteltiin myös laskemalla niiden vinous- ja huipukkuuslukujen suhde omaan keskivirheeseensä. Muuttujan jakaumaa voidaan käsitellä normaalisena, jos nämä suhdeluvut ovat itseisarvoltaan pienempiä tai yhtä suuria kuin kaksi (Heikkilä 1999, 101; Duffy & Jacobsen 2005).

Toimialakohtaisessa tarkastelussa päivystyksiköihin yhdistettiin ambulanssit, sädediagnostiikan ja fysiatrian osastot sekä TULES-poliklinikka, joilta tapahtumia oli kertynyt vain vähän. Lisäksi pitkäaikaishoidon 13 tapausta liitettiin psykogeriatriaan samantapaisten uhka- ja väkivaltatilanteiden sekä potilaiden vuoksi. Psykiatrian aineisto on pieni (n=12), mutta tapaukset olivat erilaisia kuin muilla toimialoilla, joten se säilytettiin analyysissä omana ryhmänään.

Analyysia jatkettiin tutkimalla luokitteluasteikollisten muuttujien yhteyksiä. Toimialat ristiintaulukoitiin työvuoroa kuvaavien taustamuuttujien, väkivallan lajin (uhkaava käyttäytyminen/ väkivallan yritys/ fyysinen väkivalta) ja sen suhteen, mitä tilanteessa tehtiin, sekä potilaan olotilaa kuvaavien luokitteluasteikolliseksi muutettujen taustamuuttujien kanssa. Ristiintaulukoimalla tarkasteltiin lisäksi väkivallan lajin yhteyttä yksin työskentelyyn, eri potilasryhmiin sekä tilanteen ennakointiin. Tilanteen ennakointi ristiintaulukoitiin myös toimialojen, luokitellun työkokemuksen ja tekijään liittyvien ennakoivien tekijöiden kanssa. Lisäksi ristiintaulukoitiin tekijään liittyvät ennakoivat tekijät ja yksin työskenteleminen.

Ristiintaulukointi on havainnollinen keino selvittäessä yhteyttä kahden eri muuttujan välillä. Ryhmien välisen todellisen eron tutkimista jatkettiin khiin neliö -testillä, joka mittaa kahden muuttujan välistä riippumattomuutta. (Alkula 1994, 216–219;

Metsämuuronen 2003, 292–293.) Khiin neliö -testissä tulisi mielellään olla viisi havaintoa solua kohti, vaikka se ei matemaattisesti olekaan välttämätöntä (Metsämuuronen 2003, 292–293). Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin toimialoja muun muassa sen suhteen, mitä tilanteessa tehtiin ennen väkivaltatapahtumaa. Psykiatrian toimiala jätettiin tämän tarkastelun ulkopuolelle, sillä aineistossa oli kaikkiaan vain 12 tapausta. Alkula ym. (1994, 108) huomauttavat, että alle 30 havainnon ryhmässä on sattumalla jo suuri vaikutus tulokseen.

Merkitsevyytensä on käytetty p-arvoa 0.05 (Heikkilä 1999, 185). Khiin neliö -testin yhteydessä ilmoitetaan p-arvon lisäksi kontingenssikertoimen (C) arvo, joka kuvaa riippuvuuden voimakkuutta. Kontingenssikertoimen arvo vaihtelee nollan ja yhden välillä. Yli 0.6 suuruisen kertoimen arvon katsotaan kuvaavan voimakasta riippuvuutta. Kontingenssikertoimen ongelmana on kuitenkin se, että se ei ole vertailukelpoinen erikokoisilla taulukoilla. (Heikkilä 1999, 211; Metsämuuronen 2003, 300.)

Tilanteen vakavuuden yhteyttä mahdolliseen pakotiehen ja tekijän sukupuoleen tarkasteltiin t-testillä. Yksisuuntaista varianssianalyysia puolestaan käytettiin väkivallan lajin, toimialan sekä potilaan taustan tai tilan ja tilanteen vakavuuden yhteyden selvittämiseksi.

Puuttuvat tiedot korvattiin Likert-asteikollisissa kysymyksissä 53–86, joita käytettiin monimuuttujamenetelmiin. Tietoja puuttui yhteensä 13 vastaajalla. Nämä tiedot oli mielekästä korvata työpaikkakohtaisella keskiarvolla (Metsämuuronen 2003, 424; Duffy & Jacobsen 2005). Eniten vastaamatta jättäneitä oli muuttujan 74 ”Esimiehelleni on työpaikalla suosikkeja” kohdalla, jossa oli puuttuva tieto kuuden (2,1 %) vastaajan kohdalla.

Summamuuttujat muodostettiin väittämistä, jotka koskivat yleisemmin työhön liittyviä asioita ja asenteita. Apuna käytettiin pääkomponenttianalyysia. Sen tavoitteet ovat yhteneväiset faktorianalyysin kanssa. Tarkoitus on ryhmitellä suuri joukko muuttujia muutamaan pääkomponenttiin, jotka eivät korreloi keskenään.

Pääkomponenttianalyysissä jakaumien ei tarvitse olla normaalisia, mutta muuttujien välillä edellytetään olevan korrelaatioita, joten se sopi tässä aineistossa käytettäväksi. (Heikkilä 1999, 238–240; Metsämuuronen 2003, 517–521.) Pääkomponenttianalyysiin otettiin mukaan vain ensimmäisen ilmoituksen tehneet vastaajat (n=166). Näin saman henkilön vastaus ei painotu analyysissä. Nyrkkisääntö pääkomponenttianalyysin käyttämiseen on se, että kutakin muuttujaa kohden on vähintään viisi havaintoa (Metsämuuronen 2003, 520–521). Tässä aineistossa vastaava luku oli 4,9.

Aluksi tarkasteltiin korrelaatiomatriisin soveltuvuutta pääkomponenttianalyysiin Kaiserin testillä sekä Bartlettin sväärisyydestillä. Kaiserin testiarvon tulisi olla suurempi kuin 0.6–0.8 (tässä aineistossa 0.862) ja Bartlettin merkitsevyysarvon pienempi kuin 0.0001 (tässä aineistossa 0.000). Kommunaliteetit vaihtelivat välillä 0.489–0.805. Niitä voi pitää kohtuullisen korkeina. Kommunaliteetti kertoo siitä, kuinka suuri osa yksittäisen muuttujan vaihtelusta selittyy pääkomponenttien avulla. Mitä voimakkaammin muuttuja latautuu pääkomponentille, sitä lähemmäksi lukuarvoa yksi kommunaliteetti tulee. (Metsämuuronen 2003, 523–524.)

Analyysin tuloksena saatiin yhteensä yhdeksän pääkomponenttia, joiden ominaisarvo (Eigenvalue) oli suurempi kuin yksi. Mitä suurempi pääkomponentin ominaisarvo on, sitä paremmin se selittää yksittäisten muuttujien hajontaa. Yleinen sääntö on, että ominaisarvon tulisi olla yli yksi. Latausarvojen hylkäysrajana oli 0.3. (Metsämuuronen 2003, 523–533.) Suositusrajana on pidetty myös 0.5:ttä, etenkin jos korkeamman latauksen omaavat kärkimuuttujat puuttuisivat (Alkula ym. 1994, 273).

Summamuuttujien sisäistä reliabiliteettia tutkittiin Cronbachin alfan ja korrelaatioiden avulla. Analyysiin säilytettiin mukaan summamuuttujat, joiden alfa-arvo oli yli 0.70. Näissä summamuuttujissa minkään kysymyksen poisjättäminen ei olisi nostanut alfan arvoa. Pääkomponenttianalyysin avulla muodostettuja summamuuttujia arvioitiin lisäksi niiden sisällöllisen mielekkyyden perusteella. Kysymykset 55, 79 ja 80 on käännetty asteikoiltaan samansuuntaisiksi muiden muuttujien kanssa. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Summamuuttujien muodostaminen pääkomponenttianalyysillä

Nimetty pääkomponentti, sen ominaisarvo ja sille latautuneet muuttujat	Lataus	Kommu- naliteetti	Muuttujan korrelaatio summaan	α
1. Kulttuuri (9.47)				0.89
66. Työpaikallani on hyvä ilmapiiri	0.57	0.67	0.68	
70. Pystyn vaikuttamaan työvuoroihini	0.61	0.54	0.70	
71. Pystyn vaikuttamaan työnjakoon	0.65	0.63	0.70	
72. Pystyn vaikuttamaan asioihin työpaikallani.	0.66	0.70	0.77	
73. Saan apua töihini, jos tarvitsen	0.52	0.66	0.65	
74. Esimiehelläni on työpaikalla suosikkeja	0.73	0.62	0.60	
75. Voin puhua esimiehelläni vaikeuksista työssäni	0.71	0.68	0.71	
86. Saan positiivista palautetta työstäni	0.58	0.57	0.59	
2. Varautuminen väkivaltaan (2.82)				0.81
53. Olen perehtynyt työpaikkani turvaohjeisiin	0.70	0.54	0.47	
54. Väkivaltatilanteet käsitellään työpaikallani jälkikäteen	0.61	0.49	0.50	
55. Työpaikallani vähätellään väkivallan riskiä	0.54	0.58	0.53	
56. Työpaikallani on kiinnitetty huomiota väkivallan mahdollisuuteen	0.56	0.58	0.57	
63. Työpaikallani on selkeät toimintaohjeet väkivaltatilanteen varalta	0.79	0.68	0.69	
65. Olen saanut työpaikallani perehdytystä väkivaltatilanteessa toimimiseen	0.78	0.73	0.69	
3. Asenne työhön (2.15)				0.78
64. Pidän työstäni	0.72	0.72	0.60	
69. Menen töihin mielelläni	0.73	0.77	0.69	
79. En jaksakaan tehdä kaikkia töitäni kunnolla	0.58	0.59	0.46	
80. Työ kyllästyttää minua	0.75	0.69	0.63	
4. Työpaikan ihmissuhteet (1.90)				0.78
76. Keskustelen työtovereiden kanssa luottamuksellisesti	0.73	0.66	0.62	
77. Pidän työtovereistani	0.69	0.75	0.68	
78. Työt pyritään jakamaan tasapuolisesti	0.73	0.71	0.59	
5. Ammatilliset keinot (1.40)				0.79
84. Minulla on keinoja rauhoittaa levoton ilmapiiri	0.86	0.79	0.65	
85. Puutun tilanteeseen, jos hoitoympäristössä on levottomuutta tai hälinää	0.81	0.78	0.65	

Summamuuttujat olivat vinosti jakautuneita ja niiden yhteydessä käytettiin ei-parametrisiä testejä. Mann-Whitneyn U-testi on t-testin ja Kruskal-Wallis testin varianssianalyysin ei-parametrinen vastine (Munro 2005). Kruskal-Wallis testillä tutkittiin toimialojen ja tilanteen seurauksien yhteyksiä summamuuttujiin. U-testillä tutkittiin puolestaan tilanteen ennakkoinnin ja toistuvasti väkivaltatilanteeseen joutumisen yhteyksiä summamuuttujiin. Metsämuuronen (2003, 647) pitää ei-parametrisiä testejä tilastollisessa mielessä usein parempina kuin jakaumaoletuksen edellyttäviä testejä, joita kuitenkin käytetään yleisemmin. Sekä Heikkilän (1999, 225) että Metsämuuronen (2003, 320) mukaan Mann-Whitneyn U-testi on erityisen tehokas järjestysasteikollisten muuttujien tutkimisessa. Sitä voidaan käyttää myös sellaisissa tilanteissa, joissa t-testin edellytykset täyttyvät.

5.5. Laadullisen aineiston analyysi

Avoimet kysymykset koskivat itse tilannetta, sen syntymistä, rauhoittumista sekä seurauksia. Avoimet kysymykset analysoitiin deduktiivisesti sisällön analyysillä, sillä Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan strukturoidulla aineistonkeruumenetelmällä kerättyä aineistoa ei voida analysoida induktiivisesti. Deduktiivista sisällönanalyysia ohjaa valmis viitekehys. Aineistosta etsitään systemaattisesti analyysirungon mukaisia ilmauksia. Teorialähtöistä sisällönanalyysia voidaan jatkaa kvantifioimalla. Yksi kvantifioinnin tapa on laskea, montako kertaa lausuma ilmenee aineistossa. (Myös Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.) Deduktiivista sisällön analyysia käytetään usein jo olemassa olevan teorian testaamiseen (Kyngäs & Vanhanen 1999), mikä ei kuitenkaan ollut tämän tutkimuksen ensisijainen tavoite.

Analyysivaiheen alussa siirrettiin avointen kysymysten (kysymykset numero 22, 24–26, 46–52) vastaukset matriisista erilliseen kirjalliseen dokumenttiin. Aineistoa kertyi yli 50 sivua. Tapaukset olivat yhdistettävissä matriisiin lomakenumeron mukaan.

Interventioiden analyysin viitekehyksenä käytettiin Choun ym. (1996) interventiomallia. Analyysiyksikkönä oli lausuma, jolla kuvattiin tilanteessa käytettyjä toimenpiteitä. Aluksi molemmat tämän tutkimuksen tekijät lukivat tekstejä sekä yhdessä että erikseen. Tapahtumakuvauksista haettiin lausumia käytetyistä interventioista. Kuvauksista pyrittiin erittelemään kaikki tilanteessa käytetyt interventiot.

Seuraavaksi interventiot luokiteltiin deduktiivisesti Choun ym. (1996) interventiomallia hyödyntäen. Mallia oli melko helppo käyttää luokittelurunkona, koska siinä on eri vaiheiden toiminnalle annettu ensin toimintaa kuvaava otsikko, jonka alla on vielä täsmentäviä, konkreettisempia toimia kuvaavia alaluokkia. Interventiot luokiteltiin näiden alaluokkien mukaisesti. Luokittelujen oikeellisuuden varmistamiseksi palattiin usein lukemaan koko tapahtumakuvaus sekä tarkasteltiin Choun ym. mallia esittelevästä artikkelista kirjoittajien käsityksiä eri vaiheiden sisällöistä. Lisäksi tutkijat keskustelivat ja kirjoittivat muistiin analyysin aikana tähän aineistoon liittyviä luokkien kriteereitä ja sisältöjä. Interventioiden luokittelussa oli molempien analyysin tekijöiden helppo päästä yhteisymmärrykseen. Kuitenkin luokittelurunkoon muodostui lisäluokkia niistä lausumista, jotka eivät sopineet alkuperäiseen malliin. Kyngäs ja Vanhanen (1999) tuovat esiin, että asioista, jotka eivät ole valmiin luokitusrungon mukaisia, voidaan muodostaa oma luokka induktiivisen sisällön analyysin periaatteiden avulla.

Uhkatilanteiden hallinnassa oli käytetty interventioita, joita alkuperäisessä Choun ym. (1996) mallissa ei ole. Näillä fyysisillä interventioilla oli tähdätty vihanpurkauksen rajoittamiseen ja niistä muodostettiin analyysissa omat alaluokat seuraavasti: lisäävun pyytäminen, tiloista poistaminen, vastentahtoinen hoitaminen, lepositeiden käyttö sekä viranomaisapu poliisilta. Väkivallan yrityksiä ja varsinaisen fyysisen väkivallan hallitsemiseksi oli samaten käytetty interventioita, joita alkuperäisessä mallissa ei ole. Nämä interventiot luokiteltiin psykologisiksi (lisäävun pyytäminen, toimenpiteestä luopuminen) tai fyysisiksi interventioiksi (tiloista poistaminen, ohjaaminen omaan huoneeseen rauhoittumaan). Malliin kuuluvien psykologisten, farmakologisten ja fyysisten interventioiden lisäksi aineistosta muodostui neljäs luokka: viranomaisapu.

Aineistossa mainitut interventiot on kvantifioitu laskemalla, montako kertaa interventiota oli käytetty.

Uhka- ja väkivaltatilanteiden edeltäviä tekijöitä on luokiteltu Viitasaran ja Menckelin (2002) viitekehystä mukaillen sekä työpaikan että yksilöiden tasolle. Näitä ei kvantifioitu, koska läheskään kaikki vastaajat eivät olleet täyttäneet lomakkeessa kyseistä kohtaa. Tapahtumakuvauksista poimitut lausumat luokiteltiin sen perusteella, millä tasolla niitä edeltävä asia tai tilanne olisi ollut ratkaistavissa. Lausuma luokiteltiin yksilöiden tasolle, silloin kun siinä kuvattiin yksilöiden tasolla ratkaistavissa olevia tai vuorovaikutukseen yhteydessä olevia tekijöitä. Työpaikan tasolla ratkaistavissa olevista asioista aineistossa tuotiin esiin rutiineihin, toiminnan tyyppiin, yksilöllisiin tekijöihin ja fyysiseen sekä psykososiaaliseen työympäristöön liittyviä tekijöitä. Rakenteelliselle tasolle sijoittuvia lausumia aineistossa oli harvoja ja ne liittyivät rahoitukseen. Uhka- ja väkivaltatilanteita edeltäneitä tekijöitä on tarkasteltu laajemmin organisaatiosta ja yhteiskunnallisista ratkaisusta lähtien tämän raportin pohdintaosassa.

Viitasaran ja Menckelin (2002) mallissa on situationaalisella (työpaikan) tasolla mainittu erikseen yksilölliset tekijät (Individual Factors). Tähän luokkaan on sijoitettu maininnat potilaasta, joka ei halunnut kotiutua. Kuvauksesta ei voi päätellä syytä potilaan haluttomuuteen, mutta luokittelun perusteena on käytetty sitä, että väkivaltatilanne ei olisi ollut ratkaistavissa yksilöiden tasolla tai vuorovaikutuksen keinoin. Hyökkäävän käyttäytymisen taustalla oli nimenomaan potilaan kotiuttaminen ja hänen pyrkimyksensä estää se. Vastaajan mukaan tämä aiheutti stressiä ja heijastui lopulta potilaan väkivaltaisena käyttäytymisenä. Aineistosta ei löytynyt mainintoja alkuperäisessä mallissa mainittuihin työntekijöihin tai tukeen liittyviin tekijöihin. Raportin pohdintaosassa on kuviossa 10 mietitty vastaajien mainitsemien asioiden mahdollisia syitä myös Viitasaran ja Menckelin mallin mukaisesti rakenteellisella tasolla.

Tilanteista ilmoittamiseen liittyviä toiveita luokiteltiin Viitasaran ja Menckelin (2002) viitekehysten mukaisesti kolmelle eri tasolle: rakenteelliselle, situationaaliselle ja yksilöiden tasolle. Toiveet luokiteltiin sen mukaan, millä tasolla ne on mahdollista

toteuttaa. Toiveita ei enää luokiteltu mallin mukaisiin alaluokkiin, sillä moni vastaajista ei osannut yksilöidä toiveitaan. Situationaalisella eli työpaikan tasolla toiveet luokiteltiin kohdistuvaksi joko tilanteisiin varautumiseen tai jälkihoitoon liittyviksi. Yksilöiden tasolla toteutettavat toiveet koskivat lähinnä hoitolinjoja ja rakenteellisella tasolla toteutettavat puolestaan resursseja. Myöskään toiveisiin liittyviä lausumia ei kvantifioitu.

6. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA YLEISTETTÄVYYS

6.1. Kadon tarkastelu

Tutkimukseen osallistui 74 erilaista terveydenhuollon toimipistettä Etelä- ja Keski-Suomen paikkakunnilla. Mukana oli 16 vuodeosastoa, 12 pitkäaikaishoidon osastoa, 12 päivystysyksikköä, 10 psykiatrian osastoa, 8 sairaankuljetusyritystä, 6 psykogeriatrian osastoa, 4 röntgenosastoa, 3 kehitysvammaisten laitoshoidon osastoa sekä kaksi fysiatrian yksikköä ja yksi tuki- ja liikuntaelinsairauksien poliklinikka. Palautetut lomakkeet olivat pääsääntöisesti huolellisesti täytettyjä. Yksi lomake hylättiin, koska samasta tapauksesta oli tehty kaksi ilmoitusta.

Tutkimuksen kato on syntynyt kahdessa eri vaiheessa. Ensimmäisenä katoryhmänä ovat ne organisaatiot, joista ei vastattu yhteydenottoihin tai jotka kieltäytyivät tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksesta kieltäytyi yksi perusterveydenhuollon yksikkö, koska siellä väkivaltaa ilmoitettiin olevan hyvin harvoin. Muista perusterveydenhuollon yksiköistä ei saatu vastausta. Mahdollisesti tämä johtuu samasta syystä: tutkimusta ei ehkä koettu harvoin ilmenevien tapausten vuoksi tärkeänä. Muutama päivystys- ja ensiapuyksikkö kieltäytyi sillä perusteella, että monisivuisen lomakkeen täyttäminen työllistäisi liikaa organisaation sisäiseen järjestelmään tehtävän raportin ohella. Lisäksi joistain yksiköistä kieltäydyttiin meneillään olevan tai juuri loppuneen työllistävän tutkimuksen takia. Nämä yksiköt olivat sellaisia, joissa uhka- tai väkivaltatapauksia on säännöllisesti. Toisaalta kieltäytymisten jälkeen mukaan saatiin

muita päivystys- ja ensihoidon yksiköitä, joten tämä ryhmä on hyvin edustettuna aineistossa. Isojen kaupunkien pelastuslaitoksia ei saatu mukaan.

Toinen vaihe, missä kato muodostui, oli tutkimusaikana ilmoittamatta jääneet tapaukset, joita ei kuitenkaan voida varmuudella todentaa. Ennen lomakkeiden lähettämistä selvitettiin osaston yhdyshenkilön kanssa, kuinka paljon tapauksia saattaisi kuukauden aikana olla. Niiden paikkojen kohdalla, joista ilmoituksia tuli arvioitua vähemmän, pyrittiin selvittämään tutkimusajan päätyttyä, vastasiko palautettujen lomakkeiden määrä todellista tilannetta. Yhdyshenkilöiden arvioiden mukaan tutkimukseen saatiin tiedot kaikista tapahtumista. Monilta työpaikoilta tuotiin esiin, että väkivaltaa esiintyy epätasaisesti ryppäinä vuoden aikana. Tapauksia on kuitenkin voinut jäädä ilmoittamatta.

Luultavasti ilmoittamatta ovat jääneet lievimmät tapaukset. Aiemmissä tutkimuksissa verbaalinen väkivalta on havaittu erittäin yleiseksi terveydenhuoltoalalla (Markkanen 2000, 13; Piispa & Saarela 2000). Tässä aineistossa pelkkää verbaalista väkivaltaa oli kuitenkin vain vähän, 21 tapausta eli alle 9 %. Ainoastaan verbaalista väkivaltaa sisältävät tilanteet olivat yleensä uhkatilanteita, jotka olivat kuvauksen perusteella tulkittavissa vakaviksi. Ilmeisesti sellainen verbaalinen aggressiivisuus, jota voisi luonnehtia suunsoitoksi tai solvaavaksi kielenkäytöksi (kuten huorittelu), ei ylittänyt tässä tutkimuksessa ilmoituskyynnystä.

Kolmas ryhmä, jossa kato mahdollisesti on syntynyt, ovat ne toimipisteet, joista ei tullut yhtään ilmoitusta. Seurannassa olleista paikoista 58 %:sta (n=43) tuli ilmoituksia tapauksista. Kaikilla muilla toimialoilla paitsi kehitysvammaisten laitoshoidossa oli toimipisteitä, joista ilmoituksia ei saatu koko seurannan aikana. Nämä yksiköt olivat sellaisia, joilla väkivaltaa saattaisi ilmetä, mutta seuranta-aikana oli rauhallista. Kolme vuodeosaston osastonhoitajaa otti vielä seurannan jälkeen spontaanisti yhteyttä ja vahvisti erikseen asian. Lisäksi molemmilta psykogeriatrian osastoilta, joilta ilmoituksia ei tullut, kerrottiin jo etukäteen, että tapauksia on harvoin. Mukana olleet

ambulanssiyrittäjät suhtautuvat tutkimukseen erittäin myönteisesti, mutta kertoivat samoin jo etukäteen, että tilanteita esiintyy harvoin.

Kato voi aiheuttaa tuloksiin systemaattista vääristymää, joka vaikuttaa koko aineistoon samansuuntaisesti (Heikkilä 1999, 178). Tutkimuskohteen eli väkivaltaprosessin kannalta kato tuskin aiheuttaa systemaattista virhettä. Kuitenkin voi ajatella, että ne toimipisteet, joissa väkivalta on tunnistettu ongelma, ovat olleet aktiivisemmin mukana tutkimuksessa. Edelleen nämä organisaatiot voisivat olla paremmin varautuneita väkivallan mahdollisuuteen. Kaikissa tutkimuspaikoissa ei ollut mahdollista käydä esittelemässä tutkimusta. Täyttä varmuutta ei ole siitä, miten kussakin yksikössä osastonhoitajat tai yhdyshenkilöt ovat tutkimusta esitelleet henkilökunnalle. Pääsääntöisesti yksiköiden antamat tiedot siitä, että tapauksia ei tutkimusjakson aikana ole ollut, vaikuttivat kuitenkin luotettavilta.

6.2. Mittarin validiteetti ja reliabiliteetti

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kannalta tärkeimpiä asioita on mittarin luotettavuus. Mittarin tulisi olla riittävän herkkä erottelemaan tutkittavasta käsitteestä eri tasoja sekä riittävän täsmällinen, jotta se kuvaisi ja rajaisi tutkimuksen aihetta oikealla tavalla. Luotettavuutta kuvataan perinteisesti kahdella – reliabiliteetin ja validiteetin – käsitteellä. Mittarin validiteettia tarkasteltaessa on keskeistä arvioida, mittaako mittari sitä, mitä sen tulisi mitata. Sisäisen validiteetin kohdalla voidaan arvioida sisältövaliditeettia, käsitevaliditeettia sekä kriteerivaliditeettia. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998; Metsämuuronen 2003, 42). Näistä arvioidaan tämän tutkimuksen osalta sisältö- ja käsitevaliditeettia.

Mittarina käytetty kyselylomake on laadittu kirjallisuuteen ja tutkimustietoon perustuen. Esitutkimuksen avulla varmistettiin mittarin toimivuutta, loogisuutta ja ymmärrettävyyttä. Lomaketta testattiin sen kehittämisen eri vaiheissa 16 vastaajan avulla, joilla kaikilla oli

kokemus hoitotyössä kohdatusta väkivallasta. Testaajat olivat sairaanhoitajia, fysioterapeutteja sekä sairaankuljettajia. Saadun palautteen perusteella lomakkeesta poistettiin kaksi vaikeasti ymmärrettävää väittämää ja lomakkeen ulkoasua muokattiin. Tämän jälkeen lomaketta testattiin vielä graduryhmässä. Viimeisen testauksen jälkeen muutoksia ei enää tehty. Opinnäytetutkimus on tehty parityönä ja työn kaikissa vaiheissa sisällön validiutta on pohdittu kahden tutkijan toimesta. Aineiston suhteen tehdyt ratkaisut on lisäksi kirjattu tutkimuspäiväkirjaan. Varsinaista asiantuntijaryhmää validiuden arvioinnissa ei ole käytetty.

Lomakkeella haluttiin kerätä tietoa uhka- ja väkivaltatilanteista sekä niitä edeltäneistä tekijöistä. Työpaikoilla olleissa ilmoituksissa (liite 3) pyydettiin täyttämään lomake, jos työntekijä joutuu hyökkäävän käyttäytymisen kohteeksi tutkimusaikana. Hyökkäävä käyttäytyminen käsittää sekä verbaalisen että fyysisen hyökkäyksen (Chou ym. 1996). Väkivallan käsitteeseen kuuluu, että sen kohteeksi joutunut määrittelee tilannekohtaisesti, oliko kyseessä väkivalta (Schulman 2004). Lomakkeella tavoitettu aineisto oli tutkimuksen tarkoituksen mukaista ja päätöksen tapahtuman raportoisesta tutkimukseen on tehnyt vastaaja.

Käsitevaliditeettia on tässä työssä arvioitu pääkomponenttianalyysin perusteella. Likertasteikollisten kysymysten väittämät muodostettiin Viitasaran ja Menckelin mallia (2002) hyödyntäen ja ne kohdistuivat erityisesti työpaikan (Situational Factors) tasolla oleviin tekijöihin. Väittämistä muodostettiin summamuuttujat pääkomponenttianalyysia käyttäen. Pääkomponenteille latautuneista väittämistä muodostettiin ja nimettiin kärkimuuttujien perusteella viisi summamuuttujaa, jotka mittasivat työpaikan kulttuuria, varautumista väkivaltaan, vastaajan asennoitumista työhön, työpaikan ihmissuhteita sekä ammatillisia keinoja. Mukaan otetut väittämät mittasivat pääkomponenttianalyysin perusteella alun perin tarkoitettuja ilmiöitä.

Ulkoinen validiteetti liittyy erityisesti tutkimuksen yleistettävyyden ja otoksen edustavuuden arviointiin. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998; Metsämuuronen 2003, 42). Tässä tutkimuksessa tutkimuspaikat eivät määrällisissä suhteissaan edusta

perusjoukkoa. Otannassa pyrittiin ensisijaisesti saamaan riittävä määrä tapauksia, jotta väkivaltaprosessin tarkastelu onnistuisi toimialoittain. Tulokset ovat yleistettävissä niille terveydenhuollon toimialoille, joilla väkivaltaa esiintyy. Pelastuslaitoksien sairaankuljettajia ei tässä kyselyssä ole mukana. Tutkimustiedon (vrt. Suserud ym. 2002) perusteella tämän ryhmän kohdalla väkivalta- ja uhkatilanteet luultavasti olisivat olleet samantyyppisiä kuin aineistossamme päivystyksen- ja ensihoidon alueella. Pieni otoskoko voi osaltaan aiheuttaa sattumanvaraisuutta ja epätarkkuutta tuloksiin (Heikkilä 1999, 29), mikä vaikuttaa reliabiliteetin ohella myös validiteettiin. Aineistossa psykiatrian toimialalta kertyi väkivaltatapauksia vain vähän (n=12), ja nämä tulokset eivät näin pienen aineiston perusteella ole yleistettävissä.

Reliabiliteetin käsite viittaa erityisesti tutkimuksen toistettavuuteen (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998; Metsämuuronen 2003, 42). Puutteellinen reliabiliteetti liittyy yleensä satunnaisvirheisiin, joita voi tapahtua niin otannan, mittauksen kuin aineiston käsittelyn yhteydessä (Heikkilä 1999, 179). Aineiston tallennuksen yhteydessä tapahtuneet virheet on kahden tutkijan yhteistyöllä pystytty minimoimaan. Laadullinen aineisto on tallennettu sanatarkasti sellaisenaan matriisiin. Numeraalisen aineiston lyöntivirheet on kontrolloitu frekvenssijakaumista sekä tarkastamalla muuttujien minimi- ja maksimiarvot. Reliabiliteetti on huomioitu myös mittaamalla samaa asiaa useammalla kysymyksellä.

Mittarin heikkoutena voi pitää sen pituutta, yhdeksän sivua. Sama henkilö saattoi joutua täyttämään lomakkeen useampia kertoja tutkimusaikana. Monisivuinen lomake karsi joitain yksiköjä kokonaan pois tutkimuksesta ja on saattanut vaikuttaa siihen, että avoimiin kysymyksiin ei ole jaksettu tai ehditty syventyä. Tämä on voinut huonontaa myös tutkimuksen reliabiliteettia. Kiireessä täytettyyn lomakkeeseen on saattanut tulla virheitä. Avointen kysymysten tapahtumakuvauksen avulla pystyttiin kuitenkin hyvin kontrolloimaan mahdollisia virheitä esimerkiksi väkivallan tekijää kuvaavista monivalintakysymyksistä. Näissä vaihtoehdoissa ollut puuttuva tieto oli mahdollista korvata tapahtumakuvauksesta saadulla tiedolla ja samoin korjata muutama virheelliseltä vaikuttanut monivalintavastaus.

Summamuuttujien johdonmukaisuutta on arvioitu Cronbachin alfa -kertoimen avulla. Sen laskeminen on yksi tapa tutkia mittarin reliaabeliutta ja sisäistä konsistenssia. Kertoimen arvo vaihtelee välillä 0–1 ja se saisi mielellään olla yli 0.7 (Burns & Grove 1997, 327–329; Polit & Beck 2004, 420–422). Alfa on helppo laskea ja sitä käytetään usein, mutta sitä on myös paljon kritisoitu. Yleensä pitkää, useita osioita sisältävää mittaria pidetään luotettavampana kuin lyhyttä. Lyhyt mittari on vähän erotteleva, mikä voi heijastua alfan arvoon luotettavuuden mittarina. Pitkä mittari aiheuttaa joka tapauksessa suurempaa vaihtelua, mikä saattaa alfan laskutavan vuoksi näkyä arvon teknisenä kasvamisena. Toisaalta esimerkiksi Likert-asteikon suppea skaala jättää reliabiliteetin matalaksi varianssin vähäisyyden vuoksi. (Metsämuuronen 2003, 42–50.) Mittarissa käytettiin Likertin asteikkoa viisiportaisena. Yhdenkään osion varianssi ei ollut lähellä nollaa. Summamuuttujien alfa-arvot vaihtelivat 0.78–0.89 välillä.

Tutkimuksen laadullinen aineisto muodostui väkivaltaprosessia koskevista kysymyksistä. Avoimilla kysymyksillä kartoitettiin itse tilannetta, sitä miten se olisi voitu estää sekä sitä edeltäneitä asioita. Tilannekuvauksessa pyydettiin tietoja siitä, miten tilanne oli syntynyt, hoidettu ja saatu rauhoittumaan. Näillä kysymyksillä saatu aineisto oli osin puutteellista, ja esimerkiksi haastattelemalla hankittu aineisto olisi saattanut antaa tarkemman kuvauksen tilanteesta. Tällöin myös interventioiden vaikuttavuuden arviointi olisi saattanut onnistua.

Kvalitatiivisessa analyysissä korostuu aineiston laatu. Luotettavuuskysymykset liittyvät lisäksi itse analyysiin, tutkijan taitoihin sekä tulosten esittämiseen. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.) Analyysin tueksi on esitettävä riittävästi alkuperäishavaintoja, jolloin lukija voi arvioida havaintojen ja käsitteellisten luokitusten yhteensopivuutta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen perusjoukossa. (Nieminen 1998.) Sen sijaan yleistäminen laadullisessa tutkimuksessa voi tapahtua suhteessa ilmiöön ja luotettavuutta voidaan arvioida myös olettamalla, että samoin menetelmin joku toinenkin tutkija voi päätyä samoihin tuloksiin (Saarenheimo 2002). Tämän tutkimuksen aineisto luokiteltiin deduktiivisesti käyttäen kahta eri mallia luokittelurunkojen perustana. Molemmat tämän tutkimuksen tekijät ovat käyneet läpi

aineiston useaan kertaan kokonaiskuvan muodostamiseksi sekä yhdessä että erikseen. Luokittelu on tehty molempien tutkijoiden yhteistyönä, mikä osaltaan lisää analyysin luotettavuutta. Analyysin kulku ja siinä tehdyt ratkaisut on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, jotta lukijalla on mahdollisuus arvioida niitä (Eskola 2001; Kiviniemi 2001).

Eräs olennainen aihe, joka lomakkeesta puuttui, oli kysymys lääkityksestä ja sen riittävydestä. Useat vastaajat toivat esiin tilanteen taustalla edeltävinä asioina tehdyt lääkemuuotokset tai vääränlaisen lääkityksen. Lomakkeessa olisi pitänyt erikseen kysyä, oliko tilanteessa olleilla henkilöillä mahdollisuus lääkittää potilasta esimerkiksi tarvittaessa toteutettavalla lääkemääräyksellä. Lääkeasia tuli esiin joissain vastauksissa, mutta systemaattista tietoa asiasta ei ole.

7. TULOKSET

7.1. Aineiston kuvailu

Aineisto käsitti yhteensä 240 uhka- tai väkivaltatilannetta. Ilmoitetuista tapahtumista hieman yli puolet (n=130) oli fyysistä väkivaltaa. Loput ilmoituksista jakautuivat tasan uhkaavan käyttäytymisen (n=57) tai väkivallan yrityksiin (n=53) kesken. Eniten eli kolmannes tapauksista (n=74) kertyi psykiatriosastoilta. Neljännes ilmoituksista tuli kehitysvammaisten laitoshoidosta (n=60). Vajaa viidennes (n=42) tapahtumista oli päivystyksyksiköistä. Vuodeosastoilta tuli reilu kymmenesosa (n=32) ilmoituksista. Loput tapauksista (n=32) jakautuivat viiden toimialan kesken. (Taulukko 3.)

Vastaajat edustivat useita eri ammattiryhmiä, pääsääntöisesti kuitenkin hoitohenkilökuntaa. Väkivallan kohteeksi joutuneet olivat ammatiltaan sairaanhoitajia (38 %, n=90), lähihoitajia (31 %, n=75), mielenterveyshoitajia (11 %, n=27) ja

hoitoapulaisia (11 %, n=27). Ilmoituksia olivat tehneet myös osastonhoitajat, lääkintävahtimestarit, opiskelijat sekä röntgenhoitajat. Yksittäisiä ilmoituksia saatiin lisäksi lääkäreiltä, sairaankuljettajilta, sairaalahuoltajilta, vartijoilta ja vastaanottoavustajilta. Naisia vastaajista oli 75 % (n=180).

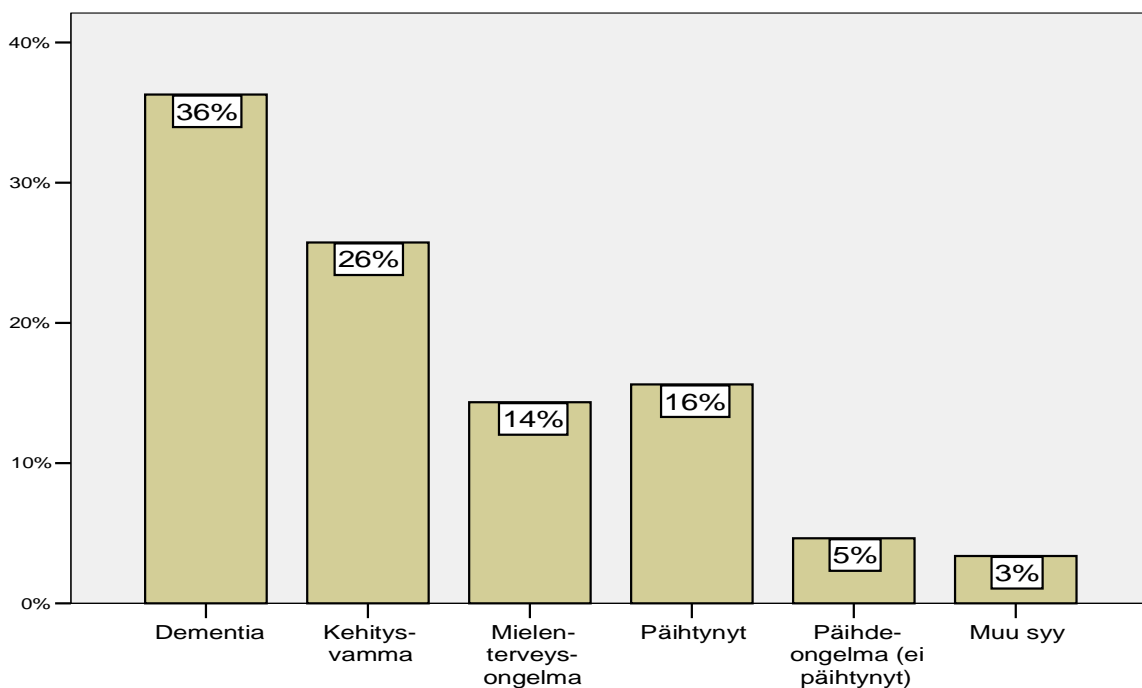
TAULUKKO 3. Seurannassa olleet toimipisteet ja niistä kertyneet ilmoitukset (N=240)

Toimiala	Seurannassa	Toimipisteet, joista	Uhka- ja	
	olleet toimipisteet	tuli ilmoituksia	väkivaltatilanteet	
	n	n	n	%
Psykogeriatrია	6	4	74	31 %
Kehitysvammaisten laitoshoito	3	3	60	25 %
Päivystysyksiköt	12	10	42	17,5 %
Vuodeosastot	16	9	32	13 %
Pitkäaikaishoito	12	7	13	5 %
Psykiatria	10	6	12	5 %
Röntgenyksiköt	4	1	4	2 %
Ambulanssit	8	2	2	1 %
Fysiatrian osastot ja TULES-poliklinikka	3	1	1	0,5 %
Yhteensä	74	43	240	100 %

Sama henkilö saattoi tutkimusjakson aikana joutua useamman kerran aggressiivisuuden kohteeksi ja tehdä siis useita ilmoituksia. Vastaajina oli yhteensä 166 henkilöä ja heistä vajaa kolmasosa (n=65) oli väkivallan kohteena kahdesti tai useammin. Suuressa osassa tapauksista (78 %, n=187) vastaaja oli ollut jo aiemmin väkivallan tekijän kanssa tekemisissä. Vastaajien ikä oli 18–59 vuotta, keskiarvo oli 36

vuotta (sd 10,5). Työkokemus nykyisessä työpaikassa vaihteli alle vuodesta 33 vuoteen, keskimäärin työkokemusta oli kolme vuotta. Neljäsosalla vastaajista oli yksi vuosi tai vähemmän työkokemusta ja neljäsosalla 10 vuotta tai enemmän. Kaikki työkokemus mukaan lukien vastaajilla oli keskimäärin kahdeksan vuotta työkokemusta.

Kolme yleisintä sairautta tai tilaa väkivaltaisen käyttäytymisen taustalla olivat dementia, mielenterveysongelmat ja kehitysvammaisuus. Lisäksi mielenterveysongelmat esiintyivät yhdessä kehitysvammaisuuden, dementian ja päihtyneenä olemisen kanssa. Kaikkiaan lomakkeen täyttäneet olivat arvioineet, että 43 %:lla (n=104) tekijöistä oli mielenterveysongelma. Alkoholien tai huumeiden vaikutuksen alaisena tekohetkellä oli yhteensä 15 % tekijöistä (n=37), ja heistä yli puolella arvioitiin olevan myös mielenterveysongelma. Kuvioon 3 on luokiteltu uhka- tai väkivaltatilanteen aiheuttaneen henkilön sairaus tai tila sen mukaan, mikä oli hänen ensisijainen ongelmansa.

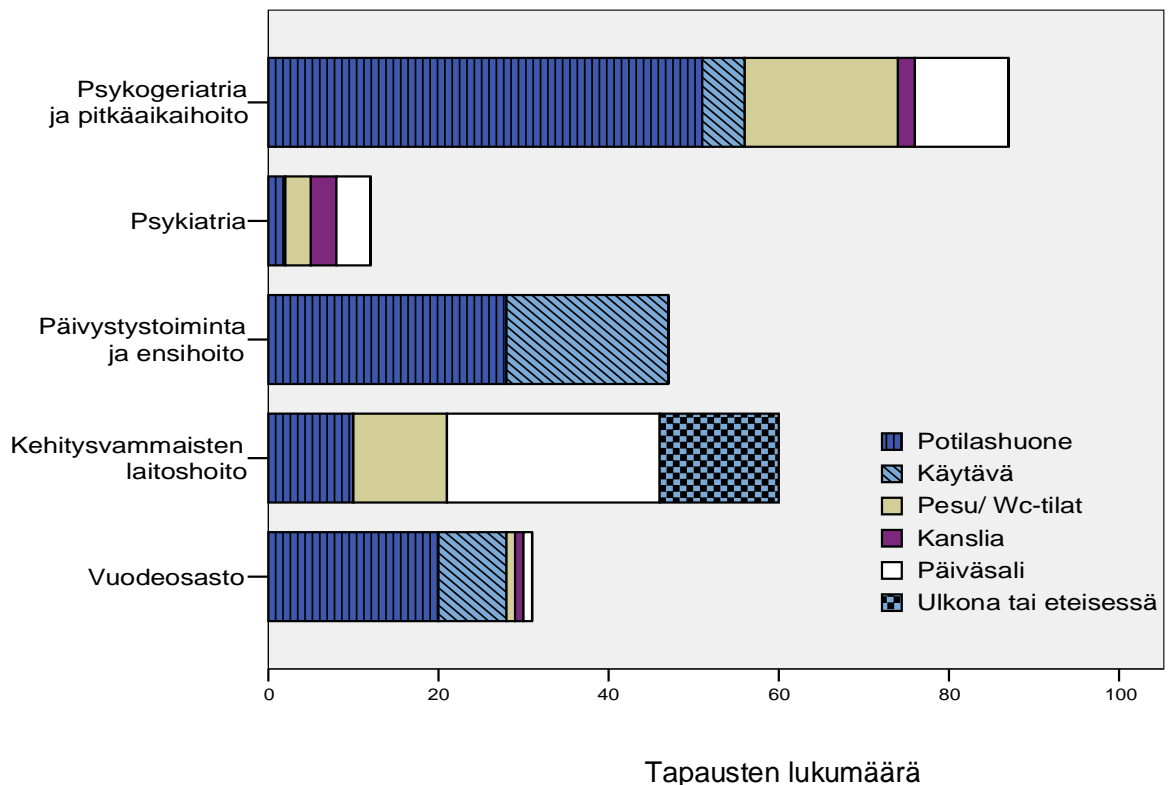


KUVIO 3. Tapauksessa (N=236) tekijän taustalla oleva sairaus tai tila

Tilanteessa saattoi esiintyä useita eri väkivallan muotoja. Yleisin uhkailun tai väkivallan muoto aineistossa oli huitominen, josta oli 129 mainintaa. Sitä esiintyi 54 %:ssa kaikista tapauksista. Lähes yhtä yleistä (51 %) oli huutaminen (n=122). Haukkumista esiintyi 41 %:ssa tapauksista (n=97). Sen jälkeen yleisintä oli lyöminen (38 %, n=92) ja nimittely (38 %, n=91). Väkivallan muodot jaoteltuna eri toimialoille ovat liitteessä 4.

Koko aineistossa tapahtumapaikka oli useimmiten (47 %, n=111) potilashuone. Seuraavaksi eniten tapahtumia sattui päiväsalissa (17 %, n=41), joka oli usein tapahtumapaikkana kehitysvammaisten laitoshoidossa. Pesu- ja wc-tiloissa (14 %, n=33) tilanteita sattui etenkin psykogeriatrissa ja kehitysvammaisten laitoshoidossa. Käytävällä (14 %, n=32) sattui lähes yhtä paljon tapauksia, näin varsinkin päivystysyksiköissä ja myös vuodeosastoilla. Ulkoillessa tai eteisessä sattui tilanteita vain kehitysvammaisten laitoshoidossa (6 %, n=14). Lähinnä tapahtumapaikka kertoo toiminnan tyypistä. Psykogeriatrissa on paljon perushoitoa, joka tapahtuu potilashuoneessa. Kehitysvammaisten laitoshoidossa vietetään yhteistä aikaa päiväsalissa ja päiväohjelmaan kuuluu myös ulkoilu. Kuviossa 4 esitetään tapahtumapaikat toimialoittain.

Tapahtumaympäristöä kuvattiin ahtaaksi vain viidenneksessä (n=45) tapauksista. Vielä harvemmin, alle kymmenesosassa tapauksista, ympäristö oli levoton, ruuhkainen tai meluisa. Tilanteista suurimmassa osassa (90 %, n=212) vastaajilla oli pakotie käytettävissään. Ne tilanteet, joissa pakotietä ei ollut vastaajan käytettävissä, oli arvioitu vakavammiksi ($t=-1.992$, $df=217$, $p=0.048$).



KUVIO 4. Uhka- ja väkivaltatilanteiden (N=237) tapahtumapaikat eri toimialoilla

Koko aineistossa kolme neljäsosaa tapauksista sattui päiväaikaan kello 8 ja 20 välillä. Kuitenkin päivystysyksiköissä puolet väkivaltatapahtumista sijoittui yöaikaan kello 20 ja 8 välille. Yli 90 %:ssa tapauksissa vastaajat kuvasivat työvuoroa tavanomaiseksi (n=220) ja työnjakoa sopivaksi (n=217). Kiireiseksi työvuoroa kuvattiin 12 %:ssa (n=29) tapauksista, sen sijaan osastolla oli tavallista työllistävempiä potilaita 27 %:ssa (n=65) tapauksista. Vajaamiehitys tai tuplavuorojen tekeminen oli väkivaltatapahtumien aikaan harvinaista.

Yli puolessa tilanteista (60 %, n=144) ei ollut koitunut vastaajille mitään seurauksia. Fyysisiä seurauksia, esimerkiksi mustelmia, naarmuja tai raajojen kipeytymistä, oli tullut

21 %:ssa (n=49) tilanteista. Tilanteiden jälkeen 18 %:ssa (n=44) tapauksista esiintyi erilaisia psyykkisiä seurauksia kuten pelkoa, suuttumusta, vihaa tai työn mielekkyyden pohtimista. Sairasloma oli seurauksena vain 1 %:ssa tapauksista (n=3). Poliisi oli kutsuttu paikalle 6 %:ssa (n=14) tapauksista.

7.2. Väkivalta terveydenhuollon eri toimialoilla

7.2.1. Tilanteet

Toimialoittain tarkasteltuna uhkatilanteiden, väkivallan yrityksiä ja väkivallan esiintyminen jakautuivat erilailla. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($\chi^2=42.450$, $C=0.388$, $p=0.000$). Psykogeriatrissa ja kehitysvammaisten laitoshoidossa fyysistä väkivaltaa oli eniten. Psykogeriatrian väkivaltatapauksista oli yli kolmasosassa erikseen mainittu, että potilas käyttäytyy aina samalla tavoin hoitojen yhteydessä. Väkivallan yrityksiä oli odotusarvoa enemmän päivystys- ja ensihoidon yksiköissä sekä kehitysvammaisten laitoshoidossa. Vuodeosastoilla sekä päivystys- ja ensihoidon yksiköissä uhkatilanteita oli odotusarvoja enemmän. Näin oli myös psykiatriassa, mutta aineisto on hyvin pieni. Kehitysvammaisten laitoshoidossa uhkatilanteita ei esiintynyt juuri lainkaan, vaan hyökkäävä käytös sai lähes aina fyysisen muodon. (Taulukko 4.)

Psykogeriatrissa ja kehitysvammaisten laitoshoidossa työskentelevät joutuivat toistuvasti uhka- tai väkivaltatilanteisiin. Psykogeriatrista saatiin 32 tällaista ilmoitusta ja kehitysvammaisten laitoshoidosta 23. Vuodeosastoilta tuli kuusi ilmoitusta, päivystys- ja ensihoidon yksiköiltä kolme ilmoitusta. Psykiatriassa yksi henkilö oli joutunut tutkimusaikana kaksi kertaa väkivallan yrityksen kohteeksi.

TAULUKKO 4. Uhkatilanteiden, väkivallan yrityksiä ja väkivallan esiintyminen eri toimialoilla

Toimiala	Uhkaava	Väkivallan	Fyysinen	Yhteensä	
	käytös	yritys	väkivalta	%	n
Psykiatria	21 %	15 %	64 %	100	87
Psykiatria	42 %	16 %	42 %	100	12
Päivystys ja ensihoito	39 %	33 %	28 %	100	49
Kehitysvammaisten laitoshoido	2 %	28 %	70 %	100	60
Vuodeosasto	44 %	15 %	41 %	100	32
Koko aineistossa	24 %	22 %	54 %	100 %	240

Koko aineistossa tilanteiden vakavuus oli arvioitu 0–10 välillä, niin että keskiarvo oli 5,1. Tilanteiden vakavuutta tutkittiin varianssianalyysin avulla. Uhkatilanteet, väkivallan yritykset ja fyysinen väkivalta oli arvioitu lähes yhtä vakaviksi. Väkivallan yritykset oli arvioitu hieman muita vakavammiksi, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä ($F=0.56$, $df=2$, $p=0.701$). Toimialojen kesken tarkasteltuna tilanteiden arvioituissa vakavuuksissa oli vain vähäisiä eroja. Psykiatriassa ja kehitysvammaisten laitoshoidossa tilanteiden keskiarvot olivat hiukan matalampia kuin muilla toimialoilla, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä ($F=0.896$, $df=4$, $p=0.467$). (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Tilanteiden vakavuus toimialoittain

Toimiala	Tilanteiden vakavuus				n
	Ka	Md	Sd	Vaihteluväli	
Psykogeriatria	5,2	5	2,4	1–10	87
Psykiatria	4,7	5	2,4	1–8	12
Päivystys ja ensihoito	5,4	5	2,6	0–10	49
Kehitysvammaisten laitoshoido	4,6	4,5	2,3	0–9	60
Vuodeosasto	5,0	5	2,7	1–10	32
Koko aineistossa	5,1	5	2,4	0–10	240

Suuri osa tilanteista (43 %, n=103) tapahtui perushoidon yhteydessä tai jouduttaessa rajaamaan potilaan toimintaa (18 %, n= 44). Samoin muut hoitotoimenpiteet (15 %, n=37) saattoivat laukaista konfliktin. Tilanteita, joissa vastaajan mukaan tekijän väkivaltaisuus syntyi ilman näkyvää ärsykettä, oli 10 % (n=24). Potilasta oli 7 %:ssa tapauksista pyydetty tekemään jotakin (n=17). Lääkkeen antaminen laukaisi aggressiivisen käyttäytymisen 3 %:ssa tilanteita (n=8). Tapahtumahetkellä vastaaja oli auttamassa muita potilaita 2 %:ssa tilanteista (n=5). Kahdessa tapauksessa oli kyse potilasvalituksesta.

Tilastollista tarkastelua varten yllä mainittuja luokkia yhdistettiin sisällön perustella. Silloin kun toiminnaksi on luokiteltu ”ei mitään”, väkivallan tekijä oli valmiiksi kiivastunut tilanteeseen tultaessa. Psykiatrian toimiala jätettiin pois tarkastelusta tapausten vähäisen määrän (alle 30 tapausta) vuoksi. Tässä toimialat erosivat merkitsevästi toisistaan ($\chi^2=86.292$, $C=0.524$, $p=0.000$). Psykogeriatriassa perushoido oli merkittävä laukaiseva tekijä. Päivystys ja ensihoidossa korostui muiden hoitotoimenpiteiden osuus. Kehitysvammaisten laitoshoidossa puolestaan potilaat kiihtyivät ilman näkyvää syytä useammin kuin muualla. (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Hyökkäävää käyttäytymistä edeltänyt toiminta toimialoittain (N= 228)

Toimiala	Perus- hoito	Muu hoito	Käyttäytymisen ohjaaminen	Ei mitään	Yht. %	n
Psykogeriatría	69 %	6 %	16 %	9 %	100	87
Päivystys ja ensihoido	6 %	51 %	31 %	12 %	100	49
Kehitysvammaisten laitoshoido	42 %	3 %	32 %	23 %	100	60
Vuodeosasto	35 %	25 %	31 %	9 %	100	32
Koko aineistossa	43 %	18%	25 %	14 %	100	228

Huom. Taulukossa ei ole mukana psykiatrian toimialaa (n=12)

Työvuoroa uhka- tai väkivaltatilanteen sattuessa kuvattiin kiireiseksi huomattavasti odotusarvoa useammin päivystys- ja ensihoidon yksiköissä, sekä myös psykiatrian yksiköissä. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($\chi^2=13.091$, $C=0.227$, $p=0.011$). Sen sijaan tavallista työllistävempiä potilaita oli hoidettu odotusarvoja useammin kehitysvammaisten laitoshoidossa ja vuodeosastoilla. Nämä erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä ($\chi^2=6.339$, $C=0.160$, $p=0.175$).

7.2.2. Tekijä

Aineistossa sama ihminen voi olla väkivallan tekijänä useita kertoja. Lähes kaikki (n=231) tekijät olivat potilaita, vain muutamissa ilmoituksissa tekijä oli saattaja tai vieras. Tekijöiden ikäjakauma koko aineistossa oli laaja: nuorin oli 11-vuotias ja vanhin 98 vuotta (md 59). Tekijöistä 40 % oli 70-vuotiaita tai sitä vanhempia. Miehiä tekijöistä oli

62 % (n=149) ja naisia 38 % (n=91). Miesten tekemät teot oli arvioitu vakavammiksi kuin naisten. Tulos oli tilastollisesti suuntaa antava ($t=-1.935$, $df=220$, $p=0.054$). Tekijän iän ja teon vakavuuden välillä ei ollut tilastollista yhteyttä. Myöskään sillä, tunsiko vastaaja tekijän jo aiemmin, ei ollut yhteyttä tilanteen vakavuuteen.

Päivystys- ja ensihoidon yksiköissä uhkailevista tai väkivaltaisesti käyttäytyneistä henkilöistä 70 % oli päihtyneitä. Koko aineistossa lähes kaikki (n=32) päihtyneet kahta lukuun ottamatta olivat nimenomaan ensiavun asiakkaita. Myös huumeiden vaikutuksen alaisena olevista väkivaltatilanteen aiheuttaneista henkilöistä 77 % (n=13) oli ensiavun asiakkaita. Humalassa tai huumeissa olevien potilaiden aiheuttamat tilanteet oli arvioitu vakavammiksi kuin muiden aiheuttamat. Tämä ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä ($F=1.47$, $df=5$, $p=0.200$).

Toimialoja tarkasteltaessa levottomia potilaita oli odotusarvoa enemmän erityisesti päivystys- ja ensihoidon yksiköissä, mutta myös kehitysvammaisten laitoshoidossa ja vuodeosastoilla. Psykogeriatrian yksiköissä levottomia väkivallan tekijöitä oli huomattavasti odotusarvoa vähemmän ($\chi^2=22.734$, $C=0.296$, $p=0.000$). Pelokkaiksi oli arvioitu odotusarvoa enemmän psykogeriatrian ja vuodeosastojen potilaita. Sen sijaan kehitysvammaisten laitoshoidossa pelokkuutta oli selvästi odotusarvoa vähemmän ($\chi^2=16.010$, $C=0.252$, $p=0.003$). Sekavia potilaita oli varsinkin päivystyksissä sekä vuodeosastoilla, mutta erityisen vähän kehitysvammaisten laitoshoidossa ($\chi^2=17.416$, $C=0.261$, $p=0.002$). Harhaisia potilaita oli odotusarvoa enemmän erityisesti vuodeosastolla ($\chi^2=13.799$, $C=0.236$, $p=0.008$). Potilaita oli arvioitu kivuliaiksi varsinkin vuodeosastoilla ja psykogeriatriassa ($\chi^2=11.552$, $C=0.217$, $p=0.021$). Väkivallan tekijät kuvattiin äänekkäiksi odotusarvoa enemmän ensiapuyksiköissä ($\chi^2=9.865$, $C=0.200$, $p=0.043$). Erot olivat tilastollisesti merkitseviä kaikkien ominaisuuksien kohdalla, mutta kontingenssikertoimen C perusteella riippuvuudet eivät olleet kovin voimakkaita.

Odottamaan joutuneita väkivallan tekijöitä oli huomattavasti odotusarvoa enemmän ensiavussa. Vuodeosastoilla heitä taas oli odotusarvoa vähemmän; yhdenkään potilaan ei oltu arvioitu vuodeosastolla joutuneen odottamaan ($\chi^2=14.378$, $C=0.242$, $p=0.006$).

Tekijät olivat tyytymättömiä saamaansa kohteluun odotusarvoa enemmän kaikilla toimialoilla paitsi vuodeosastoilla. Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä ($\chi^2=5.217$, $C=0.148$, $p=0.266$).

7.3. Väkivaltatilanteen kehittyminen ja siinä käytetyt interventiot

7.3.1. Uhkaavat tilanteet

Uhkatilanteissa käytettiin sekä psykologisia että fyysisesti rajoittavia keinoja. Interventioiden analyysirunkona käytettiin uhkatilanteissa Choun ym. (1996) mallin hyökkäystä edeltävän vaiheen jäsenystä. Tilanteissa käytetyt interventiot on koottu avointen kysymysten vastauksista seuraavan sivun kuvioon 5. Tyypillistä oli tehokas tilanteisiin puuttuminen. Eniten mainintoja oli interventioista, joilla pyrittiin lieventämään ja rajoittamaan vihanpurkausta. Käytetyin keino oli kontaktin luominen luottamuksen lisäämiseksi: *"Juttelin normaaliin tapaan, kysyin vointia jne."*

Lähes yhtä usein mainittiin lisäävun pyytäminen paikalle sekä tiloista poistaminen. Tällöin tekijä pääsääntöisesti siirrettiin pois toimipisteen tiloista, vietiin ulos tai esimerkiksi putkaan. Huolenpidon avulla puolestaan pyrittiin tarjoamaan hyvää oloa ja lohtua. Tällainen interventio oli tyypillisesti rauhoittelu ja tarpeisiin vastaaminen. Esimerkiksi kodittoman potilaan annettiin nukkua ensiavussa. Toisaalta tilanteissa jouduttiin yhtä usein rajoittamaan napakasti tekijää: *"Kerrottiin potilaalle, ettei voi olla päihtyneenä osastolla, eikä kutsua päihtyneitä kavereitaan"*.

Uhkatilanteet oli otettu vakavasti, eikä niistä yritetty selvittää yksin. Tilastollisesti tarkasteltuna uhkatilanteissa työskenneltiin enemmän yksin kuin väkivaltatilanteissa. Ero on tilastollisesti merkitsevä ($\chi^2=10.401$, $C=0.205$, $p=0.006$). Tämä voi selittää sitä, että paikalle tarvittiin lisäapua ja toisaalta sitä, että yksin työskentelevää oli helpompi uhata. Muutama vastaaja toikin esille sen, että uhkailun olisi estänyt muun henkilökunnan läsnäolo. Toisaalta kerrottiin, että uhkaus olisi toteutettu, jos vastaaja

olisi ollut yksin: ”Mikäli vartija ei olisi ollut vieressä, hän olisi toteuttanut uhkauksensa ja käynyt käsiksi minuun.”

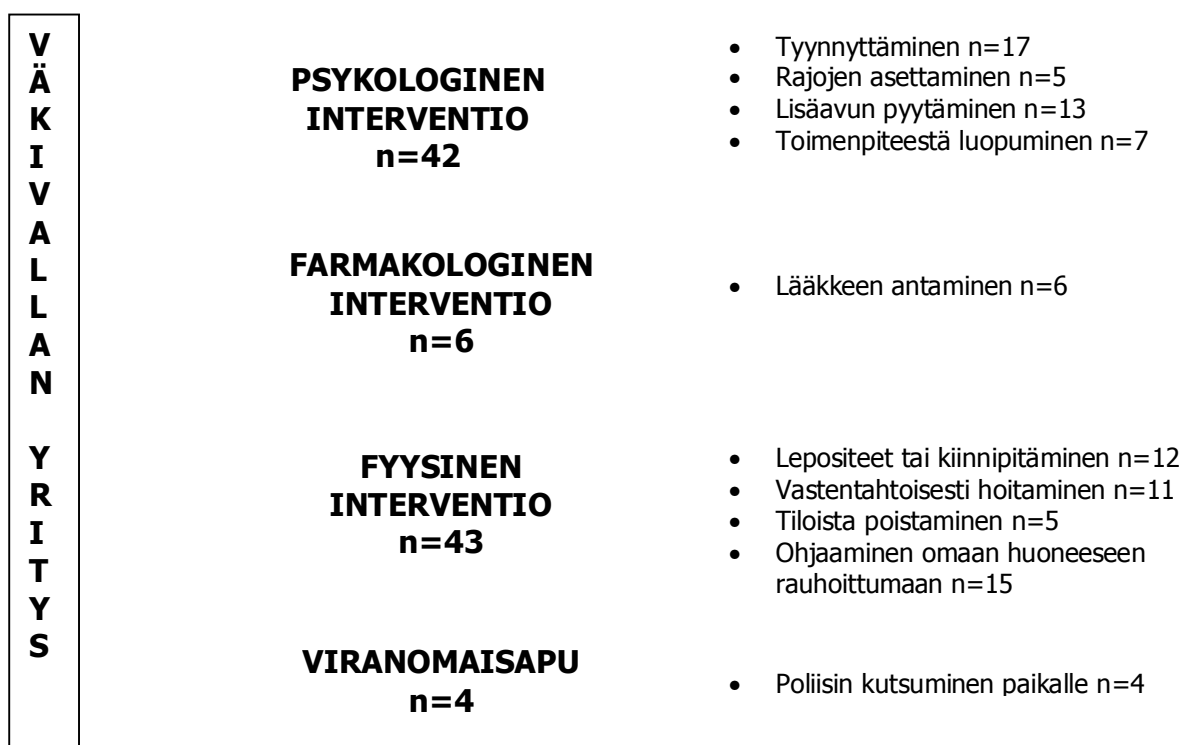
U H K A A V A T I L A N N E	PELON, TURVATTOMUUDEN JA AHDISTUKSEN VÄHENTÄMINEN n=22	<ul style="list-style-type: none">• Huolenpito n=8• Kontaktin luominen n=12• Huomion suuntaaminen muualle n=2
	VIHANPURKAUKSEN LIEVENTÄMINEN TAI RAJOITTAMINEN n=43	<ul style="list-style-type: none">• Rajojen asettaminen n=8• Ohjaaminen omaan huoneeseen rauhoittumaan n=2• Vaihtoehtojen tarjoaminen n=1• Lisäavun pyytäminen n=11• Poistaminen tiloista n=10• Vastentahtoisesti hoitaminen n=2• Lepositeet n=4• Viranomaisapu poliisilta n=5
	KIIHTYMYKSEN VÄHENTÄMINEN n=11	<ul style="list-style-type: none">• Hoitajan ja potilaan rauhoittuminen n=4• Riittävän etäisyyden säilyttäminen n=1• Rauhoittava lääkitys n=6

KUVIO 5. Interventiot uhkaavissa tilanteissa (N= 76)

7.3.2. Väkivallan yritykset ja fyysinen väkivalta

Väkivallan yrityksissä ja väkivaltatilanteissa käytetyt interventiot luokiteltiin Choun ym. (1996) mallin hyökkäysvaiheen jäsentelyn mukaisesti. Tällöin interventiot voivat olla psykologisia, farmakologisia tai fyysisiä. Myös väkivallan yrityksissä yleisimmin mainittu interventio oli tynnyttäminen, lähinnä keskustelemalla rauhoittaminen: ”Rauhoiteltiin puhumalla ja nostettiin takaisin sänkyyn.” Lähes yhtä paljon käytetty toimenpide oli ohjaaminen omaan huoneeseen rauhoittumaan. Sen jälkeen useimmiten toteutettuja

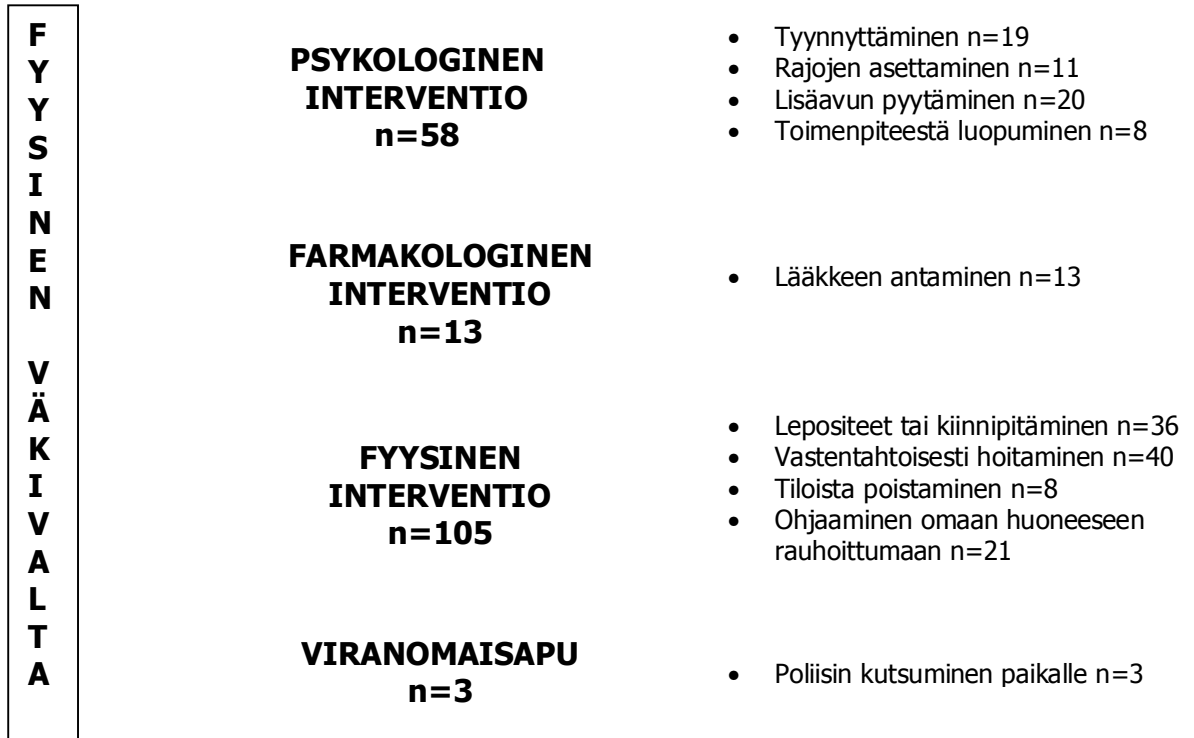
interventioita olivat lisävoimien pyytäminen paikalle sekä lepositeiden käyttö tai kiinnipitäminen. (Kuvio 6.)



KUVIO 6. Interventiot väkivallan yrityksissä (N=95)

Fyysisen väkivallan kohdalla (kuvio 7) eniten käytettyjä interventioita olivat vastentahtoisesti hoitaminen ja lepositeet tai kiinnipitäminen. Väkivaltaa syntyi niissä tilanteissa, joissa potilaan perushoidosta on huolehdittava vastoin tämän tahtoa. Vastentahtoisessa hoitotilanteessa pidetään potilaasta kiinni, jotta perushoito voitaisiin toteuttaa. Potilas ei rauhoitu kiinnipitämisellä, vaan sitten kun hoitotoimenpide on ohi: *"Pidin potilaan käsistä tiukasti kiinni hoidon aikana ettei hän saisi lyötyä. Käännettäessä potilas sai otteen irti ja löi useaan kertaan. Rauhoittui vasta kun olimme valmiita ja*

lähdimme pois.” Kiinnipitämisellä luokittelurungossa tarkoitetaan hoidollista tekniikkaa, joka itsessään rauhoitti potilaan: *”HFR otteeseen puiston penkille, pidettiin 15 min jonka jälkeen rauhoittui.* ”



KUVIO 7. Interventiot fyysisessä väkivallassa (N=179)

Väkivaltatapauksissa seuraavaksi eniten mainittuja interventioita olivat ohjaaminen omaan huoneeseen sekä lisäävun pyytäminen. Lähes yhtä usein käytettiin tyynnyttämistä, mikä ainoana interventiona oli harvoin riittävä: *”Rauhoiteltiin puhumalla ja kertomalla mitä tehdään, tuloksetta.”* Lisääpua ei tarvinnut niin usein pyytää.

Vastentahtoisten potilaiden hoitamistilanteeseen osallistui yleensä alusta alkaen useampia hoitajia.

Yhteenvedonomaaisesti voidaan tilastollisessa tarkastelussa todeta, että eniten (34 %, n=19) uhkatilanteita aiheuttivat tässä aineistossa päihtyneet. Myös mielenterveysongelmaiset olivat tekijöinä uhkatilanteissa odotusarvoa useammin (21 %, n=12). Väkivallan yritys -tilanteissa tekijänä oli useimmin ja odotusarvoa useammin kehitysvammaisen henkilö (32 %, n=17). Päihtyneet henkilöt tekivät myös väkivallan yrityksiä odotusarvoa hiukan useammin (19 %, n=10). Fyysisen väkivallan kohdalla kaksi kolmasosaa tilanteista oli joko dementoituneiden (43 %, n=55) tai kehitysvammaisten (34 %, n=43) henkilöiden aiheuttamia. Erot eri potilasryhmien välillä olivat tilastollisesti merkitseviä ($\chi^2=44.695$, $C=0.398$, $p=0.000$).

Lääkityksen antamisesta mainittiin suhteellisesti saman verran erityyppisissä tilanteissa; uhkaavissa tilanteissa lääkitys mainittiin 6 kertaa, väkivallan yrityksissä samoin 6 kertaa ja fyysisen väkivallan tapauksessa 13 kertaa. Tilanne olisi erään vastaajan sanoin voitu etukäteen varautuen välttää, mikäli oltaisiin: *”Illasta ennakoivasti lääkitty ja sängyssä valmiiksi magneettivyö. Tilanne pääsi kehittymään liian pitkälle.”* Säännöllisesti väkivaltaisten potilaiden kohdalla toivottiin myös lääkärin syvällisempää perehtymistä lääkitystä koskeviin asioihin. Toisaalta oli myös mainintoja siitä, että runsaampi lääkitys ei olisi ollut ratkaisu ongelmaan pitkälle dementoituneen potilaan kohdalla: *”Ei ole mielekästä lääkitä vuodepotilasta rauhallisemmaksi.”*

7.4. Väkivallan ennakointi terveydenhuollon työpaikoilla

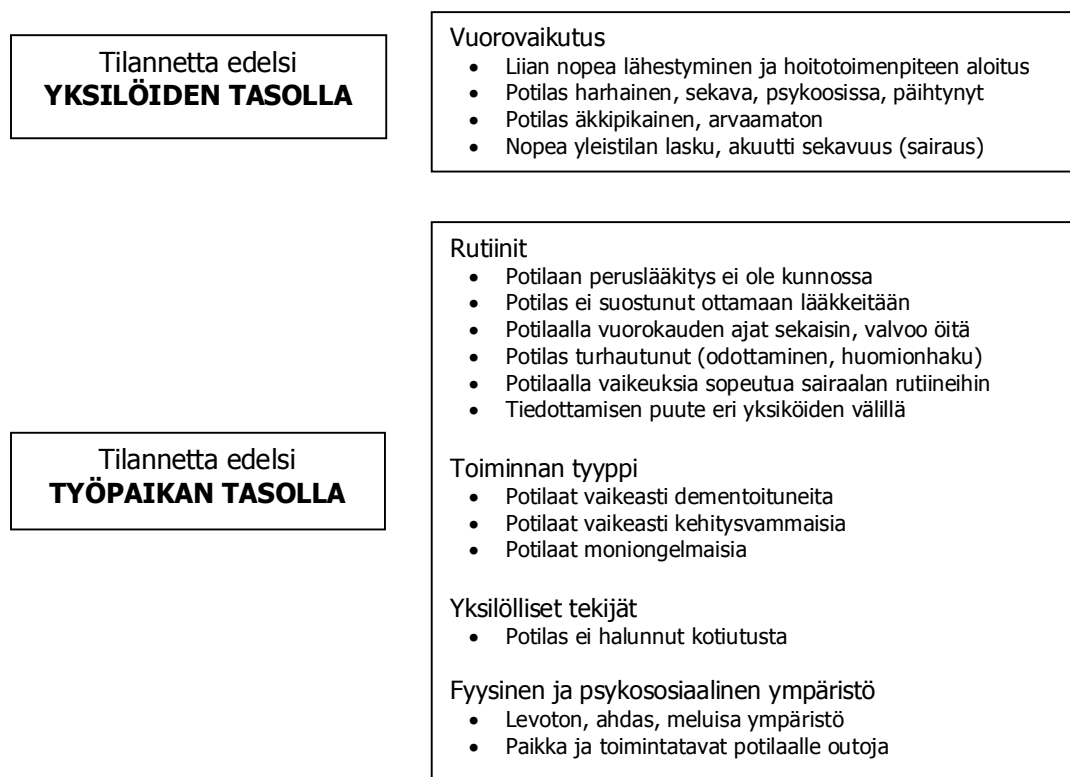
7.4.1. Väkivaltaa edeltäneet olosuhteet

Lomakkeessa kysyttiin, mikä vastaajien mielestä edelsi tai aiheutti uhka- tai väkivaltatilanteen. Maininnat oli mahdollista luokitella Viitasaran ja Menckelin (2002) viitekehystä apuna käyttäen yksilöiden ja työpaikan tasolla vaikuttaviksi tai tapahtuneiksi asioiksi. Yksilöiden tasolla (Specific Factors) tarkasteltuna vuorovaikutustilanne oli saattanut ennen uhka- tai väkivaltatilannetta epäonnistua. Tällöin potilasta oli vastaajan arvion mukaan lähestytty liian nopeasti tai hätäisesti: *”Kontaktin luominen olisi pitänyt tehdä vielä hienovaraisemmin. Potilas koki olonsa uhatuksi.”* Potilas saattoi myös olla vaikeasti harhainen tai sekava, mikä vaikeutti vuorovaikutusta. Toisaalta mainittiin potilaan sairauden nopeat muutokset, jotka vaikuttivat hänen käytökseensä. Toisinaan potilasta kuvattiin luonteeltaan äkkipikaiseksi tai arvaamattomaksi. Tilanteessa vaikuttivat joskus myös potilaan aikaisemmat huonot hoitokokemukset tai potilaalla juuri ollut riita omaisten tai toisen potilaan kanssa. Joissain tapauksissa todettiin potilaan yksinkertaisesti olleen huonolla tuulella alun alkaen.

Yksilöiden tasolla olevat asiat (Specific Factors) liittyvät erityisesti vuorovaikutukseen ja tilanteessa oleviin persooneihin. Työpaikan tasolla ratkaistavina ongelmina tulivat esiin erilaiset työyksikön rutiineihin liittyvät asiat, kuten tapa millä yksikössä oli järjestetty potilaiden lääkityksen hoito. Joko potilaan peruslääkityksen epäiltiin olevan epäsopiva tai sitten potilas ei ollut edeltävästi suostunut ottamaan lääkkeitään. Lisäksi potilaan vuorokausirytmistä saattoi olla ollut sekaisin jo pidempään, mutta asiaa ei ollut saatu hoidettua. Potilaiden kuvattiin myös olleen turhautuneita joko siksi, että he eivät olleet saaneet tarpeeksi hoitajan huomiota tai siksi, että he olivat joutuneet odottamaan. Toisinaan potilaalla kuvattiin olleen vaikeuksia sopeutua sairaalan rutiineihin ja toisinaan taas ongelmia aiheutti tiedonkulun puute eri yksiköiden välillä.

Toiminnan tyyppiin liittyviä ennakoivia tekijöitä tässä aineistossa olivat maininnat toistuvasti väkivaltaisesti käyttäytyvistä potilaista. Usein väkivallantekijöiden todettiin

olevan myös moniongelmaisia. Viitasaran ja Menckelin (2002) mallissa yksilölliset tekijät (Individual Factors) kuuluvat työpaikan tasolle ja eroavat siis vuorovaikutukseen keskittyvästä yksilöiden tasosta. Yksilöihin tai ympäristöön liittyviä mainintoja oli aineistossa vähemmän. Ympäristöä kuvattiin muutamissa vastauksissa levottomaksi, ahtaaksi tai meluisaksi. Fyysiset tilat ja toimintatavat saattoivat lisäksi olla potilaalle oudot. (Kuvio 8.)



KUVIO 8. Uhka- tai väkivaltatilannetta edeltäneet tekijät aineistossa Viitasaran ja Menckelin (2002) viitekehyksen mukaan jaoteltuna

7.4.2. Tilanteiden ennakointi

Kolmessa neljäsosasta tapauksissa väkivalta tai sen uhka osattiin ennakoida joko etukäteistiedon tai potilaan käyttäytymisen perusteella. Parhaiten tämä toteutui psykogeriatrisessa laitoshoidossa, missä tilanteista oli osattu ennakoida 83 %. Kehitysvammaisten laitoshoidossa oli osattu ennakoida 78 % ja päivystys- ja ensihoidon yksiköissä 74 % tapauksista. Vuodeosastoilla tapauksia oli pystytty ennakoimaan harvemmin, 63 % ja psykiatriassa vähiten 42 % tapauksista. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($\chi^2=12.988$, $C=0.227$, $p=0.011$).

Väkivallan yritystä osattiin ennakoida hieman paremmin kuin uhkaavaa käyttäytymistä tai fyysistä väkivaltaa. Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä ($\chi^2=2.361$, $C=0.099$, $p=0.307$). Tosin uhkaava käyttäytyminen saattoi olla se asia, mistä väkivallan yritystä osattiin ennakoida. Vuoden tai sitä vähemmän työkokemusta nykyisessä työpaikassa omaavat osasivat ennakoida uhka- ja väkivaltatilanteita tasavertaisesti pidemmän työkokemuksen omaavien kanssa ($\chi^2=0.627$, $C=0.051$, $p=0.429$).

Tekijän käyttäytymiseen liittyviä ennakoivien tekijöiden yhteyttä vastaajan tilanteen ennakoimiseen tarkasteltiin ristiintaulukoimalla (taulukko 7). Lomakkeessa kysymykseen vastattiin kolmiportaista asteikkoa käyttäen. Analyysissa muuttuja luokiteltiin uudelleen ja sitä käytettiin kaksiportaisena. Potilaan äänekkydestä ($\chi^2=23.255$, $C=0.298$, $p=0.000$) ja jännittyneisyydestä ($\chi^2=4.186$, $C=0.133$, $p=0.041$) osattiin ennakoida väkivallan uhka. Sen sijaan yksittäin tarkasteltuna potilaan levottomuus, sekavuus, kipu, humala tai huumeetila, odottamaan joutuminen tai tyytymättömyys saatuun kohteluun eivät olleet tilastollisesti yhteydessä tilanteiden ennakointiin.

TAULUKKO 7. Aineistossa uhkailua tai väkivaltaa ennakoanut tekijän olotila tai käyttäytyminen

Tilanteessa väkivallan tekijä	Monessako tilanteessa esiintyi	Ennakointi		P-arvo
		Kyllä	Ei	
Levoton	170	128	42	0.731
Sekava	165	129	36	0.168
Äänekäs	160	136	24	0.000*
Tyytymätön kohteluun	136	102	34	0.858
Jännittynyt	128	103	25	0.041*
Harhainen	116	86	30	0.621
Pelokas	84	65	19	0.530
Kivulias	40	31	9	0.701
Joutunut odottamaan	35	27	8	0.739
Humalassa	34	27	7	0.511
Huumeissa	17	15	2	0.174

*p<0.05

7.5. Väkivaltaprosessin kokonaisuuden hallinta terveydenhuollon toimialoilla

7.5.1. Psykososiaalinen työympäristö ja varautuminen väkivaltaan

Väkivaltaprosessin kokonaisuuden hallinta käsittää sekundaariprevention (tilanteiden hallinta ja eskaloitumisen estäminen) lisäksi primääri- ja tertiääripreventioon liittyviä asioita. Summamuuttujilla kartoitettiin työpaikalla vallitsevaa kulttuuria, väkivaltaan

varautumista sekä asennoitumista työhön ja työpaikan ihmissuhteisiin. Summamuuttujien yhteyksiä tutkittiin Kruskal-Wallis testillä.

Kulttuuria kuvaavalla summamuuttujalla parhaan arvon sai kehitysvammaisten laitoshoidon, missä väkivaltaa esiintyi runsaasti. Myös psykiatrian toimialan tunnusluvut olivat korkeat, kuitenkin otoskoko on varsin pieni. Psykogeriatrian osastoilla sekä päivystys- ja ensihoidossa tunnusluvut olivat matalimmat. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($\chi^2=40.374$, $df=4$, $p=0.000$). (Taulukko 8.)

TAULUKKO 8. Toimintakulttuurin tunnusluvut eri toimialoilla

Toimiala	Kulttuuri				n
	Md	Ka	Sd	Vaihteluväli	
Psykogeriatria	3,5	3,4	1,0	1,3 – 5	87
Psykiatria	4,2	4,0	0,8	2,1 – 4,9	12
Päivystys ja ensihoito	3,4	3,4	0,9	1,9 – 5	49
Kehitysvammaisten laitoshoidon	4,3	4,1	0,7	1,6 – 5	60
Vuodeosasto	3,9	3,8	0,6	2,5 – 4,8	32
Koko aineistossa	3,9	3,6	0,9	1,3 – 5	240

Niillä vastaajilla, joilla väkivaltatilanteesta ei ollut mitään seurauksia, oli työpaikan kulttuuria kuvaavalla summamuuttujalla korkeampia arvoja (md 4.0, ka 3.8 sd 0.8) kuin niillä, joilla tapahtumasta oli ollut psyykkisiä (md 3.6, ka 3.5, sd 0.9) tai fyysisiä (md 3.4, ka, 3.3, sd 1.0) seurauksia ($\chi^2=9.667$, $df=2$, $p=0.008$).

Vastaajien mukaan työpaikoilla oli varauduttu väkivallan riskiin pääsääntöisesti varsin hyvin. Toimialoittain työpaikkojen varautuminen väkivaltaan jakautui eri tavoin. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($\chi^2=76.331$, $df=4$, $p=0.000$). Varautuminen arvioitiin

parhaaksi kehitysvammaisten laitoshoidossa ja heikoimmaksi päivystys- ja ensihoidossa. Varautumista kuvaavan summamuuttujan tunnusluvut toimialoittain esitetään taulukossa 9.

TAULUKKO 9. Väkivaltaan varautuminen toimialoilla

Toimiala	Varautuminen väkivaltaan				n
	Md	Ka	Sd	Vaihteluväli	
Psykogeriatria	3,5	3,5	0,8	1,5 – 5	87
Psykiatria	4,2	4,1	0,5	3,3 – 4,7	12
Päivystys ja ensihoito	3,3	3,1	0,9	1,5 – 4,8	49
Kehitysvammaisten laitoshoido	4,6	4,5	0,5	3 – 5	60
Vuodeosasto	4,1	3,8	0,9	2,2 – 4,8	32
Koko aineistossa	3,8	3,7	0,9	1,5 – 5	240

Asennoituminen työhön sai pääsääntöisesti korkeita arvoja summamuuttujalla ja oli myönteisintä kehitysvammaisten laitoshoidossa (taulukko 10). Nämäkin erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($\chi^2=18.418$, $df=4$, $p=0.001$). Asennoitumista kuvaavalla summamuuttujalla ne vastaajat, joilla oli psyykkisiä (md 4.1, ka 4.0, sd 0.7) tai fyysisiä (md 4.0, ka 3.9, sd 1.0) seurauksia tilanteesta saivat matalampia arvoja. Vastaajat, joille tilanteesta ei koitunut mitään seurauksia (md 4.5, ka 4.3, sd 0.7), asennoituvat työhönsä positiivisemmin ($\chi^2=9.019$, $df=2$, $p=0.110$).

TAULUKKO 10. Asennoituminen työhön eri toimialoilla

Toimiala	Asenne työhön				n
	Md	Ka	Sd	Vaihteluväli	
Psykogeriatria	4,3	4,2	0,7	1,8 – 5	87
Psykiatria	4,0	3,9	0,6	2,8 – 5	12
Päivystys ja ensihoito	4,0	4,0	0,8	2 – 5	49
Kehitysvammaisten laitoshoido	4,8	4,4	1,0	1 – 5	60
Vuodeosasto	4,0	4,1	0,6	3,3 – 5	32
Koko aineistossa	4,3	4,2	0,8	1 – 5	240

Työpaikan ihmissuhteet oli arvioitu parhaimmiksi jälleen kehitysvammaisten laitoshoidossa ja huonoimmiksi päivystys- ja ensihoidon alueella (taulukko 11). Tulokset olivat tilastollisesti merkitseviä. ($\chi^2=27.830$, $df=4$, $p=0.000$.) Lisäksi tarkasteltiin tapahtumien seurauksia ja niiden yhteyttä työpaikan ihmissuhteisiin. Psykkisiä seurauksia kokeneet saivat summamuuttujalla pienempiä arvoja (md 4.0, ka 3.8, sd 0.8) kuin fyysisiä seurauksia kokeneet (md 4.3, ka 4.1, sd 0.9) tai ne, jotka ilmoittivat, ettei tilanteesta ollut seurauksia (md 4.3, ka 4.1, sd 0.7). Työpaikan ihmissuhteita kuvaavan summamuuttujan kohdalla ryhmien väliset erot olivat suuntaa antavia ($\chi^2=5.159$, $df=2$, $p=0.076$).

TAULUKKO 11. Työpaikan ihmissuhteet eri toimialoilla

Toimiala	Työpaikan ihmissuhteet				n
	Md	Ka	Sd	Vaihteluväli	
Psykiatria	4,0	4,0	0,8	1,7–5	87
Psykiatria	4,2	4,1	0,7	3–5	12
Päivystys ja ensihoito	3,7	3,7	0,8	2–5	49
Kehitysvammaisten laitoshoido	4,7	4,4	0,6	2,3–5	60
Vuodeosasto	4,0	4,1	0,6	3,3–5	32
Koko aineistossa	4,0	4,1	0,7	1,7 – 5	240

Ne, jotka olivat osanneet ennakoita väkivaltatilannetta, eivät eri summamuuttujien suhteen eronneet tilastollisesti niistä vastaajista, jotka eivät olleet pystyneet ennakoimaan tilannetta. Sillä, oliko vastaaja joutunut toistuvasti väkivallan kohteeksi, ei ollut vaikutusta varautumista, kulttuuria tai hoitoympäristöä kuvaavien summamuuttujien arvoihin. Sen sijaan useampia kertoja väkivaltatilanteisiin tutkimusaikana joutuneet vastaajat saivat korkeampia arvoja ($U=4664.5$, $p=0.003$) työpaikan positiivisia ihmissuhteita kuvaavalla summamuuttujalla (md 4.3, ka 4.3, sd 0.7) kuin ne, jotka olivat olleet kohteena vain kerran (md 4.0, ka 4.0, sd 0.7). Ammatillisia keinoja kuvaava summamuuttuja sai korkeampia arvoja ($U=5050.0$, $p=0.024$) niillä vastaajilla, jotka olivat joutuneet toistuvasti (md 4.0, ka 4.0, sd 0.7) uhka- tai väkivaltatilanteisiin kuin niillä, jotka olivat olleet tilanteissa vain kerran (md 4.0, ka 3.8, sd 0.8).

Kaikkia tapahtumia tarkasteltaessa suurin osa väkivallan kohteeksi joutuneista (73 %, $n=149$) oli saanut jonkinlaisen lisäkoulutuksen väkivallan kohtaamiseen. Toisaalta 27 % ($n=40$) väkivallan kohteeksi joutuneista ei ollut saanut minkäänlaista lisäkoulutusta. Analyysissä tarkasteltiin koulutusta myös siten, että huomioitiin vain ensimmäisen ilmoituksen tutkimusaikana tehneiden vastaus. Tällöin saman henkilön koulutus ei painottunut. Tässä tarkastelussa 71 % ($n=100$), eli hieman harvempi oli saanut

jonkinlaisen koulutuksen ja 29 %:lla (n=40) ei ollut mitään koulutusta väkivallan kohtaamiseen.

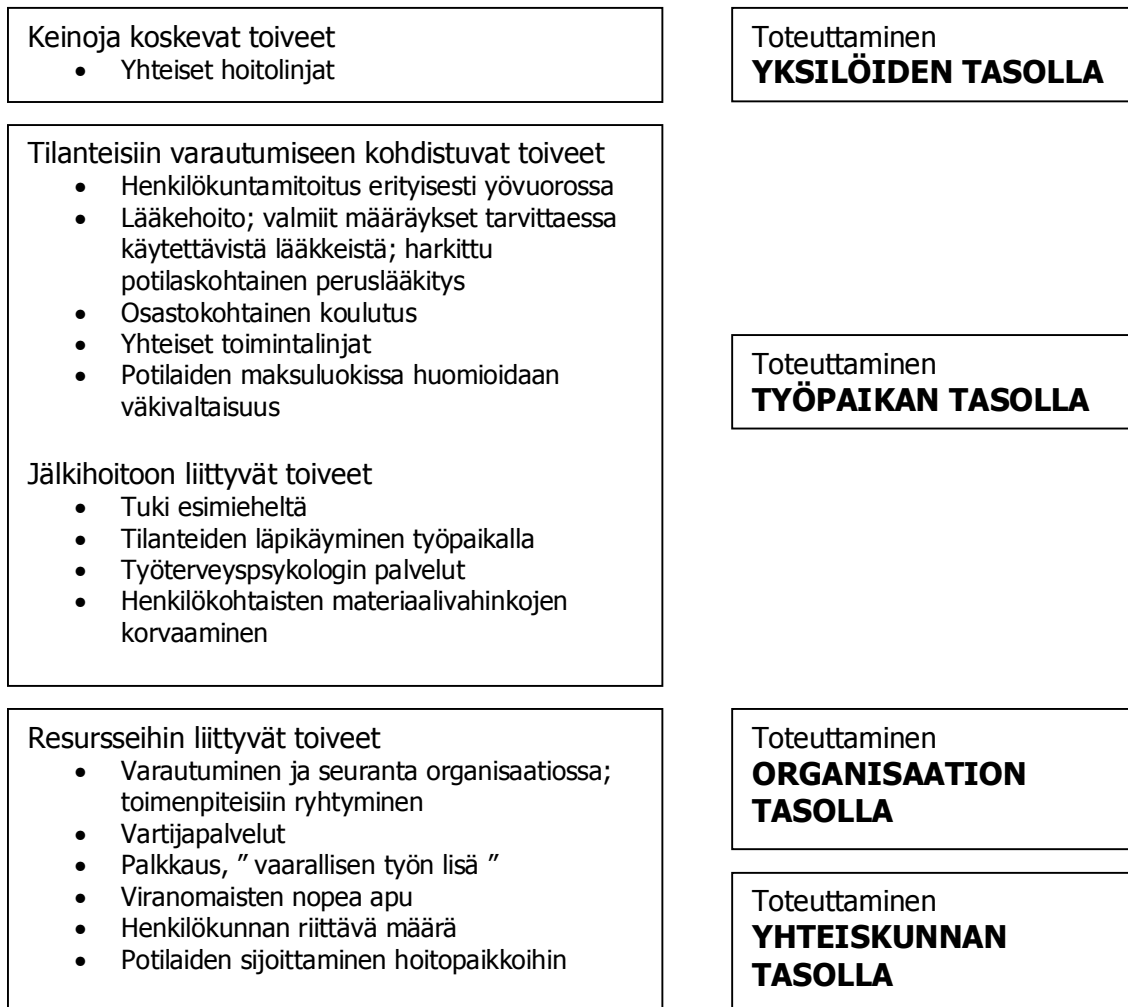
7.5.2. Tilanteista ilmoittaminen organisaation seurantajärjestelmään

Hiukan yli puolet kaikista vastanneista (n=125) oli tehnyt ilmoituksen tilanteesta työpaikan seurantajärjestelmään. Lähes puolet ilmoitti tapauksesta esimiehelle (n=114). Vastaaajista 10 % (n=23) ilmoitti, ettei seurantajärjestelmää ole, vaikka toisaalta samalla työpaikalla oli tehty seurantajärjestelmään ilmoituksia. Nämä vastaajat olivat kuitenkin työskennelleet pitkään työpaikallaan. Työterveysasemalle tehtiin ilmoitus 9 %:ssa tapauksista (n=22). Poliisille tilanteista ilmoitettiin 6 %:ssa (n=14) tapauksista.

Ne tapaukset, joista ilmoitus seurantajärjestelmään oli jätetty tekemättä, olivat vakavuudeltaan arvioitu lievemmiksi (ka 4,4) kuin ne, joista ilmoitettiin (ka 5,5). Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($t=3,120$, $df 199$, $p=0.002$). Ilmoitus seurantajärjestelmään tehtiin useammin niillä työpaikoilla, joilla väkivaltaan varautuminen sai summamuuttujalla korkeampia arvoja ($U= 4389.5$, $p=0.066$). Tulos on suuntaa antava.

Lomakkeessa kysyttiin, mitä vastaajat toivoivat ilmoituksen aiheuttavan. Vajaa viidesosa (n=43) vastaajista oli täyttänyt tämän kohdan. Vastauksista koottiin toiveet ja ryhmitteltiin ne Viitasaran ja Menckelin (2002) viitekehystä apuna käyttäen kuvioon 9. Suuri osa esitetyistä toiveista liittyi työpaikan tai organisaation tasolla tehtäviin toimenpiteisiin.

Yksilöiden tasolla maininnat koskivat lähinnä hoitolinjoja *"Potilaan kohdalla kaikki pitäisivät rajat"*. Maininnat, jotka luokiteltiin työpaikan tasolla toteutettaviksi, liittyivät henkilökuntamitoitukseen *"Herättävän keskustelua henkilökunnan vähyydestä yövuoroissa"* tai lääkityskäytäntöihin *"Sen, että potilaat olisivat asiallisesti lääkittyjä ennen toimenpidettä ..."*. Toiveita esitettiin myös yhteisiin toimintalinjoihin liittyen *"...toivon, että väkivaltilanteista keskustellaan, ja ne otetaan vakavasti aina"*.



KUVIO 9. Vastaajien tilanteesta ilmoittamiseen liittyvät toiveet Viitasaran ja Menckelin (2002) viitekehyksen mukaan jaoteltuna

Viitasaran ja Menckelin (2002) mallin mukaisista organisaation rakenteellisiin tekijöihin liittyvistä asioista tehtiin mainintoja erityisesti henkilökuntaresurssien *"Toistuvien väkivaltatilanteisiin ennalta vaikuttaminen (enemmän henkilökuntaa)"*, vartijapalveluiden

saatavuuden ”joskus olisi vartija polilla 24h” ja potilaiden hoitopaikan valinnan osalta ”Onko oikea hoitopaikka kun pakkolääkitystä ei voi käyttää”.

8. POHDINTA

8.1. Tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien arviointi

Hoitotieteen tieteenala-arvioinnissa (Nursing and Caring Sciences. Evaluation Report 2003, 58) todetaan, että tutkimuksen tulisi nostaa entistä enemmän esiin terveyspalveluiden käyttäjille ja tarjoajille merkityksellisiä aiheita. Erityisesti tutkimuksen tulisi kohdistua hoitotyön kliinisiin tuloksiin sekä interventioiden tuloksellisuuden arviointiin. Tämän tutkimuksen aineistosta kartoitettiin käytettyjä interventioita, mutta saatu tieto ei ollut riittävän yksityiskohtaista niiden tuloksellisuuden arviointiin, mikä liittyyneen tiedon keruun menetelmävalintaan.

Tutkimukselle antoivat toisiaan täydentävän näkökulman analyysirunkoina käytetyt kaksi mallia, Viitasaran ja Menckelin (2002) teoreettinen malli sosiaali- ja terveydenhuoltoalan väkivallan ja uhkailun analysoimiseksi sekä Choun ym. (1996) interventiomalli. Viitasaran ja Menckelin malli tarjosi monipuolisen teoreettisen lähtökohdan työlle. Kuitenkin sen soveltaminen laadullisen analyysin luokittelurunkona oli myös ongelmallista, koska samaa asiaa oli usein mahdollista tarkastella monella eri tasolla.

Choun ym. (1996) malli sopi interventioiden analysoinnin tutkimusrungoksi hyvin. Kuitenkaan tässä aineistossa erityyppisissä tilanteissa käytetyt interventiot eivät täysin noudattaneet Choun ym. mallin hyökkäysprosessin rakennetta. Kyselylomakkeessa vastaajaa oli pyydetty luokittelemaan tilanne tekijän uhkaavaksi käyttäytymiseksi, väkivallan yritykseksi tai varsinaiseksi fyysiseksi väkivallaksi. Choun ym. interventiorungossa hyökkäystilanne on jaoteltu alkuvaiheeseen, hyökkäystä edeltävään vaiheeseen sekä hyökkäysvaiheeseen.

Käsitteellisesti uhkatilanteet kuuluvat Choun ym. mallissa hyökkäystä edeltävään vaiheeseen. Kuitenkaan uhka- ja väkivaltatilanteissa toteutetut interventiot eivät suuresti eronneet toisistaan. Saattaa olla, että ilmoituksia ei ole tehty sellaisista tilanteista, joissa hyökkäystä edeltävä vaihe on Choun ym. mallin mukaisesti saatu onnistuneesti rauhoitettua. Aineistossa oli uhkatilanteissa käytetty myös sellaisia keinoja, joita ei alkuperäisessä Choun ym. mallissa ole hyökkäystä edeltävän vaiheen interventiona mainittu. Vihanpurkauksen rajoittamiseksi tekijä oli poistettu tiloista, hillitty lepositein tai hoidettu kiinni pitäen. Nämä interventiot sopisivat yhtä hyvin hyökkäysvaiheen fyysisiin interventioihin. Lisäksi oli pyydetty apua joko työtovereilta tai käytetty viranomaisapua. Viranomaisapua ei Choun ym. mallissa mainita lainkaan, mikä liittyyneen mallin alkuperäiseen kohdealueeseen, geriatriseen hoitoon.

Kiinnipitäminen interventiona kuuluu Choun ym. (1996) mallissa hyökkäysvaiheen fyysisesti rajoitaviin interventioihin. Malli on vuodelta 1996. Kymmenessä vuodessa aggressiivisten tilanteiden hoito kiinni pitämällä on muuttunut terapeutisemmaksi ja kiinnipitämistä käytetään ehkä nykyään aikaisemmassa vaiheessa kuin aiemmin, jolloin kiinnipito toimi enemmän fyysisenä rajoittamiskeinona. Aineistossa hoidollisen kiinnipitämisen tekniikoina mainittiin AHHA (aggression hoidollinen hallinta) ja HFR (hallittu fyysinen rajoittaminen), jotka molemmat ovat sovelluksia englantilaisesta The Management of Actual or Potential Aggression (MAPA) -mallista (Pilli 2005).

Aineistossa ei esiintynyt mainintoja mallissa olevista interventioista, joilla potilasta olisi rohkaistu tunteiden ilmaisuun tai tarjottu muita tapoja ilmaista vihaa. Myöskään mainintoja, jotka olisivat sopineet Choun ym. (1996) esille tuomaan itsekontrollin tukemiseen, ei aineistossa esiintynyt. Näiden interventioiden käyttäminen edellyttää hoitavalta henkilöltä aikaa ja mahdollisuutta havaita ja puuttua ongelmaan riittävän varhaisessa vaiheessa väkivallan jatkumoa. Tilannekuvaukset olivat suhteellisen lyhyitä ja se, että yllä mainituista interventioista ei ole mainintaa, ei välttämättä tarkoita sitä, ettei niitä missään vaiheessa olisi käytetty. Esimerkiksi vastaajan mainitsema

tyynnyttävä tai rauhoittava keskustelu saattaisi sisältää elementtejä, joilla potilaan itsekunnioitusta on tuettu.

8.2. Keskeisten tulosten arviointi toimialoitain

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa terveydenhuollon työpaikoilla esiintyvää uhkailua ja väkivaltaa sekä niihin yhteydessä olevia edeltäviä tekijöitä. Tutkimuksen kohteena olivat väkivaltatapahtuma ja -prosessi. Tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä pyrittiin kuukauden ajan kirjaamaan kaikki henkilökuntaan kohdistuneet uhka- ja väkivaltatilanteet. Suhteellisen lyhyen ajan kuluessa saatiin tietoja 240 väkivaltatilanteesta, vaikka on edelleenkin luultavaa, että kaikista tapauksista ei ole tehty ilmoitusta.

Menckel ym. (2000) ovat tutkineet Ruotsissa kehitysvammaisten laitoksissa hoitajiinsa kohdistamaa väkivaltaa. Tutkimuksessa kukin työntekijä teki merkinnän henkilökohtaiseen listaan aina kun haastavaa käyttäytymistä (challenging behavior) ilmeni. Tällaisena pidettiin sylkemistä, puremista, kiroilua, potkimista, nipistelyä, lyömistä, passiivista vastustamista sekä itsetuhoista käytöstä. Kuuden viikon aikana listattuja tapauksia kertyi lähes 3000. Tuloksen perusteella on luultavaa, että läheskään kaikkia pienimuotoisempia tilanteita ei ole tässä tutkimuksessa kehitysvammaisten laitoshoidon kohdalla saatu esiin. Lokikirjatyyppinen seuranta (Fitzwater & Gates 2002), jossa vedetään viiva, kun potilas esimerkiksi nipistää tai huitoo, olisi mahdollisesti auttanut kartoittamaan väkivaltatapauksien todellisen määrän.

Kaikista tähän seurantaan raportoiduista väkivaltatapahtumista ei myöskään oltu ilmoitettu organisaation omaan seurantajärjestelmään. Aiemman tutkimuksen (Viitasara ym. 2003) mukaan raportointiaktiivisuus on yhteydessä työpaikalla saatuun sosiaaliseen tukeen. Tämän tutkimuksen aineistossa saatiin samantyyppisen tulos. Raportointiaktiivisuus liittyy kuitenkin myös työpaikan tilanteeseen. Jos työntekijä joutuu väkivaltatilanteisiin useita kertoja päivittäin, ei hän välttämättä ehdi kirjaamaan joka

tapauksesta kuvausta. Organisaation halutessa tarkan tiedon työntekijöiden kohtaaman väkivallan määrästä lomakkeen tulisi olla hyvin nopeasti täytettävä. Lomake voisi olla strukturoitu ja käsittää yksikössä tyypilliset väkivallan teot, jolloin siihen voitaisiin viiva vetämällä täydentää tieto (vrt. Fitzwater & Gates 2002).

Väkivaltatilanteita esiintyi kaiken tyyppisillä terveydenhuollon työpaikoilla, eikä se eri toimialoilla eronnut selvästi muodoltaan. Sen sijaan väkivallan esiintymisessä oli eroavaisuuksia, jotka liittyivät etenkin toimipisteissä hoidettavien potilaiden sairauksiin ja ongelmiin. Kun tarkasteltiin väkivallan tekijöiden taustalla olevaa sairautta tai tilaa, prosentuaaliset osuudet olivat lähes yhteneväisiä aikaisempaan ruotsalaiseen tutkimukseen verrattuna. Arnetzin (1998) ruotsalaisessa aineistossa tosin psykiatristen yksiköiden osuus oli korostunut.

Tilanteiden arvioitu vakavuus vaihteli aineistossa ja kuvasi ehkä eniten tilanteen rajuutta. Seurauksiltaan väkivalta oli useimmiten lievää ja sen vuoksi oli harvemmin hakeuduttu lääkärin tai esimerkiksi psykologin vastaanotolle, vaikka vastaajat ilmoittivat myös psyykkisistä seurauksista. Eri toimialoilla väkivaltatilanteet muodostivat erityyppisen uhan työntekijöille. Päivystys- ja ensihoidon alueella sekä vuodeosastoilla tapahtuneet tilanteet sisälsivät suuremman riskin työntekijän fyysistä terveyttä ajatellen. Pitempiaikaisia potilaita hoitavissa yksiköissä, kuten kehitysvammaisten laitoshoidossa tai psykogeriatrian osastoilla, merkittävää oli päivittäisten väkivaltatilanteiden suuri henkinen kuormittavuus. Väkivaltatilanteet saattoivat kuitenkin joskus myös näissä paikoissa olla uhka työntekijän fyysiselle terveydelle.

Eniten väkivaltatapauksia kertyi psykogeriatrian sekä kehitysvammaisten laitoshoidon toimialoilta. Kirjallisuudessa potilaiden väkivaltaisuus on liitetty erityisesti psykiatriseen hoitoon. Tässä aineistossa psykiatrian toimialalta raportoitiin tapauksia vain 12. Seurannassa oli mukana 10 erilaista psykiatrian toimipistettä eli määrällisesti yksiköitä oli lähes saman verran kuin esimerkiksi päivystysyksiköitä. Aineistossa harvemmin ilmennyt väkivalta saattaa johtua siitä, että psykiatriassa väkivaltaa on pohdittu pidempään kuin muualla. Myös ennakoitiin on tällöin kiinnitetty enemmän huomiota, ja

ennakoitavissa olevat tapaukset on myös pystytty estämään. Tätä päätelmää tukee se, että psykiatrian tapaukset oli osattu muita toimialoja harvemmin ennakoida.

Psykogeriatriassa tilanteet pystyttiin kaikista toimialoista parhaiten ennakoimaan. Tilanteet liittyivät erityisesti päivittäisiin perushoitotilanteisiin ja ne toistuivat usein samojen potilaiden kohdalla. Väkivaltaa on mahdollisesti helpompi ennakoida laitoksessa, jossa parantumattomasti sairaat, tilannetta ymmärtämättömät potilaat käyttäytyvät samoin päivästä toiseen. Tuloksen perusteella siltä on kuitenkin hankala suojautua ennakkotiedosta huolimatta. Uhkailevia tai väkivaltaisesti käyttäytyneitä potilaita oli odotusarvoja useammin arvioitu pelokkaiksi tai kivuliaiksi. Väkivaltatilanteiden suuri osuus verrattuna uhkatilanteisiin tai väkivallan yrittämiseen voi selittyä myös sillä, että pienemmistä tapauksista ei ole jaksettu täyttää lomaketta. Enimmillään yhdeltä osastolta tuli 25 ilmoitusta kahdessa viikossa.

Myös kehitysvammaisten laitoshoidossa niin väkivallan kuin sen yritysten osuus oli huomattavasti odotusarvoa suurempi. Uhkatilanteet sen sijaan puuttuivat lähes kokonaan. Tämä voisi liittyä siihen, että kehitysvammaisten asukkaiden verbaalinen ilmaisukyky on puutteellista, ja esimerkiksi masennus saattaa ilmetä aggressiivisena käytöksenä (Anderson ym. 2004). Myös useampi vastaaja toi esiin sen, että tekijä ei pystynyt ilmaisemaan tunteitaan muilla keinoin. Kehitysvammaisen potilas saattoi esimerkiksi ilmaista iloaan jälleennäkemisestä lyömällä. Laitoshoidossa olleita kehitysvammaisia väkivallan tekijöitä oli odotusarvoa useammin arvioitu levottomiksi.

Ruotsalaistutkimuksessa (Menckel ym. 2000) tapahtumat ilmenivät erityisesti ruokailutilanteissa, huolehdittaessa henkilökohtaisesta hygieniasta tai pukeutumisesta sekä silloin kun jouduttiin odottelemaan jonkin toiminnan alkamista. Tässä aineistossa tapahtumien taustat olivat hyvin samantyyppisiä, vaikka tilannetta edeltävän toiminta onkin luokiteltu eri tavalla. Tapauksista suurin osa liittyi perushoittoon, kuten ruokailuun ja peseytymisessä auttamiseen tai käyttäytymisen ohjaamiseen. Menckelin ym. tutkimuksessa tekemistä vailla oleminen tai odottelu (understimulation) muodosti yhden

potentiaalisen riskin häiriökäyttäytymiselle. Sitä voidaan verrata tämän tutkimuksen aineistossa luokkaan, jossa hyökkäävää käyttäytymistä ei edeltänyt mikään toiminta.

Ensiavuisissa uhkaavia tilanteita aiheuttivat varsinkin päihtyneet potilaat. Samantapaisia tuloksia ovat raportoineet esimerkiksi Crilly ym. (2004) sekä Markkanen (2000, 17). Tämän tutkimuksen aineistossa päivystyksen ja ensihoidon alueella 70 % tekijöistä oli päihtyneitä, samoin kuin Crillyn ym. australialaisessa aineistossa (n=87). Markkasen aineistossa puolestaan terveyskeskusten hoitohenkilökunnan jäsenistä (n=150) noin puolet arvioi kokemansa väkivaltatilanteen tekijän olleen päihtynyt. Tässä tutkimuksessa päihtyneet aiheuttivat harvemmin väkivaltatilanteita kuin uhkaavaa käyttäytymistä. Voisi ajatella, että päihtyneiden henkilöiden aiheuttama väkivaltariski tunnistettiin ja mahdolliseen väkivallan uhkaan pystyttiin reagoimaan ajoissa tehokkaasti. Samoin oli mielenterveysongelmaisten kohdalla. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä (p=0.000). Päivystyksen ja ensihoidon alueella tekijöitä kuvattiin odotusarvoja useammin äänekkäiksi, levottomiksi tai sekaviksi ja lisäksi he olivat usein joutuneet odottamaan.

Vuodeosastoilla uhka- ja väkivaltatilanteita oli osattu ennakoida keskimääräistä vähemmän. Väkivallan tekijöitä kuvattiin odotusarvoja useammin sekaviksi, harhaisiksi tai levottomiksi, mutta myös kivuliaiksi ja pelokkaiksi. Tapahtumakuvausten perustella tilanteet olivat hyvin monenlaisia, mikä saattaa osaltaan selittää ennakoinnin puuttumista. Psykiatrian kohdalla pääteltiin vähäisemmän ennakoinnin johtuneen siitä, että ennakoitavissa olevat tapaukset on myös pystytty estämään. Vuodeosastojen kohdalla ennakoinnin puuttumista saattaisi selittää toiminnan erilainen luonne. Potilaita ei ole mahdollista tarkkailla jatkuvasti, jolloin esimerkiksi tilanteen taustalla oleva sekavuus pääsee hiljalleen kehittymään väkivaltaiseksi purkaukseksi. Hyökkäävää käyttäytymistä edeltänyt toiminta jakautui vuodeosastoilla hyvin tasaisesti perushoidon, muun hoidon ja käyttäytymisen ohjaamisen kesken. Muilla tämän tutkimuksen toimialoilla hyökkäystä edeltänyt toiminta kohdistui selkeämmin (taulukko 5). Vuodeosastojen väkivallan tekijöitä ei juurikaan arvioitu tyytymättömiksi saamaansa hoitoon, toisin kuin kaikilla muilla toimialoilla. Potilaiden aggressiivisuus saattoi siis liittyä

nimenomaan sekavuuteen, eikä sen taustalla ollut tyytymättömyys hoitoon tai kohteluun.

8.3. Uhka- ja väkivaltatilanteiden vertailu

Uhkatilanteiden suhteen eri toimialoilla oli erilaisia toimintamahdollisuuksia. Uhkatilanteen eskaloitumisen esti nopea ja täsmällinen reagointi. Huomioitavaa on, että tietyissä toimipisteissä oli potilaita, joiden vastine hoidolliseen kontaktiin oli heti väkivaltainen. Pitkäaikaishoitolaitoksissa pystytään toisinaan keskeyttämään hoitotoimi potilaan suuttuessa ja jättämään potilas rauhaan. Ensiavusta saaduista kuvauksista kävi ilmi, että uhkatilanteita oli päivystyksissä ratkaistu poistamalla tekijä tiloista. Uhkailijaan oli kuitenkin hoidon tarpeen selvittämiseksi yleensä ensin kajottava, mikä saattoi kärjistä tilanteen. Väkivaltaisiksi arvioitujen päihtyneiden potilaiden kohdalla pyrittiin usein mahdollisimman nopeaan toimintaan, koska odottaminenkin saattoi provosoida kiihtynyttä potilasta. Crilly ym. (2004) toteavat saman ja tuovat esiin, että päivystysvastaanotolle hakeutunut henkilö yleensä kokee, että hänellä on nopean hoidon tarve. Tällöin päivystysyksikön kiireellisyysratkaisut eivät näyttäyty ymmärrettävinä potilaalle.

Kehitysvammaisten laitoshoidossa tilanteen hallitsemiseksi käytettiin melko nopeasti hoidollisen kiinnipidon tekniikoita. Hoidollista kiinnipitämistä käytettiin myös esimerkiksi psykiatriassa ja psykogeriatrissa, silloin kun potilasta oli hoidettava vastoin hänen tahtoaan. Lisäavun käyttämiseen liittyi toimialoittain eroja. Päivystys- ja ensihoidon alueella ja myös kehitysvammaisten laitoshoidossa tilanne saattoi rauhoittua tai uhkatilanne väistyä, kun paikalle saatiin lisäapua. Psykogeriatrissa lisäapu ei tilanteessa saanut tekijää yleensä rauhoittumaan, vaan sen turvin suoritettiin hoito niin, että henkilökunta ei saisi vammoja.

Interventioista lääkityksen käyttäminen ei ollut kärkipäässä. Aineistossa oli myös mainintoja siitä, että lääkitys olisi tullut antaa aikaisemmin, sen määrä ei ollut riittävä tai

että lääkäriä ei tavoitettu määräämään tarvittavaa lääkitystä. Myös Kuuppelomäen (2001) tutkimuksessa sairaanhoitajat raportoivat tilanteista, joissa potilas olisi tarvinnut lisää kipulääkettä, mutta hoitoasiakirjoissa ei ollut merkintää tarvittavasta lääkkeestä. Tähän liittyen tuotiin esiin vaikeudet tavoittaa lääkäri antamaan lääkemääräystä varten sekä sijaislääkärien heikompi kivunhoidon hallinta, mikä puolestaan lisää hoitajan vastuuta.

Sekä fyysisen väkivallan että väkivallan yrityksiä kohdalla tilanteissa oli käytetty keinoja, jotka luokiteltiin tekijää kiihdyttävästä toimenpiteestä luopumiseksi. Uhkaavissa tilanteissa hyökkäävästi käyttäytyvän henkilön kiihtymystä oli vähennetty yleensä ottamalla etäisyyttä. Maininnat, jotka voitaisiin tulkita toimenpiteen keskeyttämiseksi, puuttuivat lähes kokonaan. Myös mainintoja tekijän vastentahtoisesti hoitamisesta oli selvästi vähiten uhkatilanteissa. Väkivalta- sekä sen yrittämistilanteissa mainintoja hoitotoimenpiteen keskeyttämisestä tai väkisin hoitamisesta oli selvästi enemmän. Tällä perusteella voisi ajatella, että uhkatilanteessa on ollut mahdollista olla ryhtymättä tekijää kiihdyttävään toimenpiteeseen, toisin kuin väkivaltatilanteissa, joissa hoito on tarvinnut toteuttaa. Kysymys on voinut olla myös siitä, että tilanne on pystytty ennakoimaan ajoissa. Uhkatilanteissa usein käytetty tiloista poistaminen oli väkivallan yritysten tai fyysisen väkivallan kohdalla mainittu harvemmin. Tämä saattaa johtua siitä, että väkivaltaa tai sen yrityksiä oli eniten kehitysvammaisten laitoshoidossa sekä psykogeriatrisilla osastoilla, joilla potilas poistamisen sijaan ohjattiin rauhoittumaan omaan huoneeseen.

8.4. Väkivaltaprosessiin yhteydessä olevat ja sitä edeltävät tekijät

Aineistossa väkivallan tekijä oli lähes aina potilas. Tekijään liittyviä tilannetta edeltäviä ominaisuuksia kysyttiin lomakkeessa strukturoidusti. Stressin on aiemmin katsottu liittyvän väkivaltaiseen käyttäytymiseen (Anderson ym. 2004). Tässä tutkimuksessa ei tekijän stressiä kuitenkaan kysytty, sillä sitä olisi ollut vaikea arvioida luotettavasti ilman

laajempia kysymysosioita potilaasta. Muutamat vastaajat olivat kuitenkin viitanneet tekijöiden stressiin, joka liittyi akuuttiin hankalaan elämäntilanteeseen. Myöskään diagnoosista ei pyydetty tietoja. Diagnoosia samoin kuin lääkitystä koskevat tarkemmat tiedot olisivat olleet hyödyllisiä, mutta niiden sisällyttäminen tutkimuslomakkeeseen olisi lisännyt vastaajan työtä ja mahdollisesti vaikeuttanut tästä syystä aineiston hankkimista. Lisäksi diagnoositietojen pyytäminen olisi saattanut vaikuttaa tutkimusluvan myöntämiseen, joten näillä perustein tekijän sairautta, lääkitystä tai muita henkilökohtaisempia tietoja ei kartoitettu.

Aiemman tutkimuksen perusteella sijaiset ja vähemmän työkokemusta omaavat työntekijät joutuvat helpommin väkivallan kohteeksi (Adib ym. 2002; Åström ym. 2004). Tässä aineistossa työkokemuksen pituus ei ollut yhteydessä väkivallan kohteeksi joutumiselle. Myös Piispa & Saarela (2000) ovat viitanneet siihen, että terveydenhuollossa sijaiset ovat usein pitkäaikaisemmassa työsuhteessa, eikä heitä uran alkuvaiheessa sijoiteta vaikeimpiin paikkoihin. On kuitenkin mahdollista, että hyvin lyhytaikaiset sijaiset eivät työpaikoilla olisi vastanneet meneillään olevaan seurantaan. Aiemmissa tutkimuksissa (Rasmus 2002) on lisäksi viitattu siihen, että terveydenhuollon väkivaltaan liittyvät myös henkilökunnan provosoivat asenteet. Asenteilla on oma vaikutuksensa työpaikkaväkivallassa, mutta tässä tutkimuksessa niiden vaikutusta ei ole ollut tarkoitus tutkia.

Psykososiaaliseen ympäristöön liittyviä asioita ja työpaikan varautumista väkivaltaan mitattiin lomakkeen lopussa olevilla Likert-asteikollisilla väittämillä. Mikäli kato on aiheuttanut systemaattista virhettä (Heikkilä 1999, 178), näkyisi sen vaikutus lähinnä näissä väittämissä. Jakaumat olivat vinoja kasautuen asteikon hyvää kulttuuria, varautumista sekä ihmissuhteita kuvaavaan päähän. Summamuuttujia testattaessa käytettiin ryhmittelevänä muuttujana myös sitä, joutuiko vastaaja tutkimusaikana toistuvasti väkivallan kohteeksi. Näihin tuloksiin on suhtauduttava erityisen kriittisesti siksi, että tutkimuspaikoiksi nimenomaan valittiin sellaisia yksikköjä, joissa väkivaltilanteita esiintyy. Lomakkeessa ei myöskään kartoitettu sitä, oliko väkivallan

kohteeksi jouduttu joskus aiemmin ennen tätä seurantaa, mikä tutkimuksessa mukana olevissa yksiköissä oli usein todennäköistä.

Kehitysvammaisten laitoshoidossa ja osin myös psykogeriatrian alueella väkivaltaa esiintyi runsaimmin, vaikka myös psykososiaalista työympäristöä, työhön asennoitumista ja väkivaltaan varautumista oli arvioitu aineistossa parhaiksi. Tämän perusteella toiminnan tyyppi vaikuttaisi väkivallan esiintymiseen enemmän kuin työpaikan psykososiaaliset tekijät. Tulos on erisuuntainen kuin mitä esimerkiksi Weizmann-Henelius (1997, 89) esittää. Hän on pohtinut väkivaltaa erityisesti psykiatrisen hoidon kontekstissa. Toisaalta Åström ym. (2002) tuovat esiin, että fyysistä väkivaltaa esiintyy etenkin hoitokodeissa, joissa hoidetaan eniten apua tarvitsevia asukkaita. Psykologista väkivaltaa (vrt. tämän aineiston uhkatilanteet) puolestaan esiintyy enemmän verbaalisesti kykenevämpien potilaiden kohdalla, jotka tulevat toimeen esimerkiksi palveluasunnoissa. Edellä esitetty tukee päätelmää siitä, että potilaiden ongelmat ja toiminnan tyyppi ovat keskeisessä asemassa tarkasteltaessa terveydenhuollon eri toimialoilla esiintyvää väkivaltaa. Toiminnan tyyppien merkitystä olisikin voinut varmistaa keräämällä työyhteisöä koskevia tietoja myös sellaisista yksiköistä, joissa väkivaltaa ei esiintynyt.

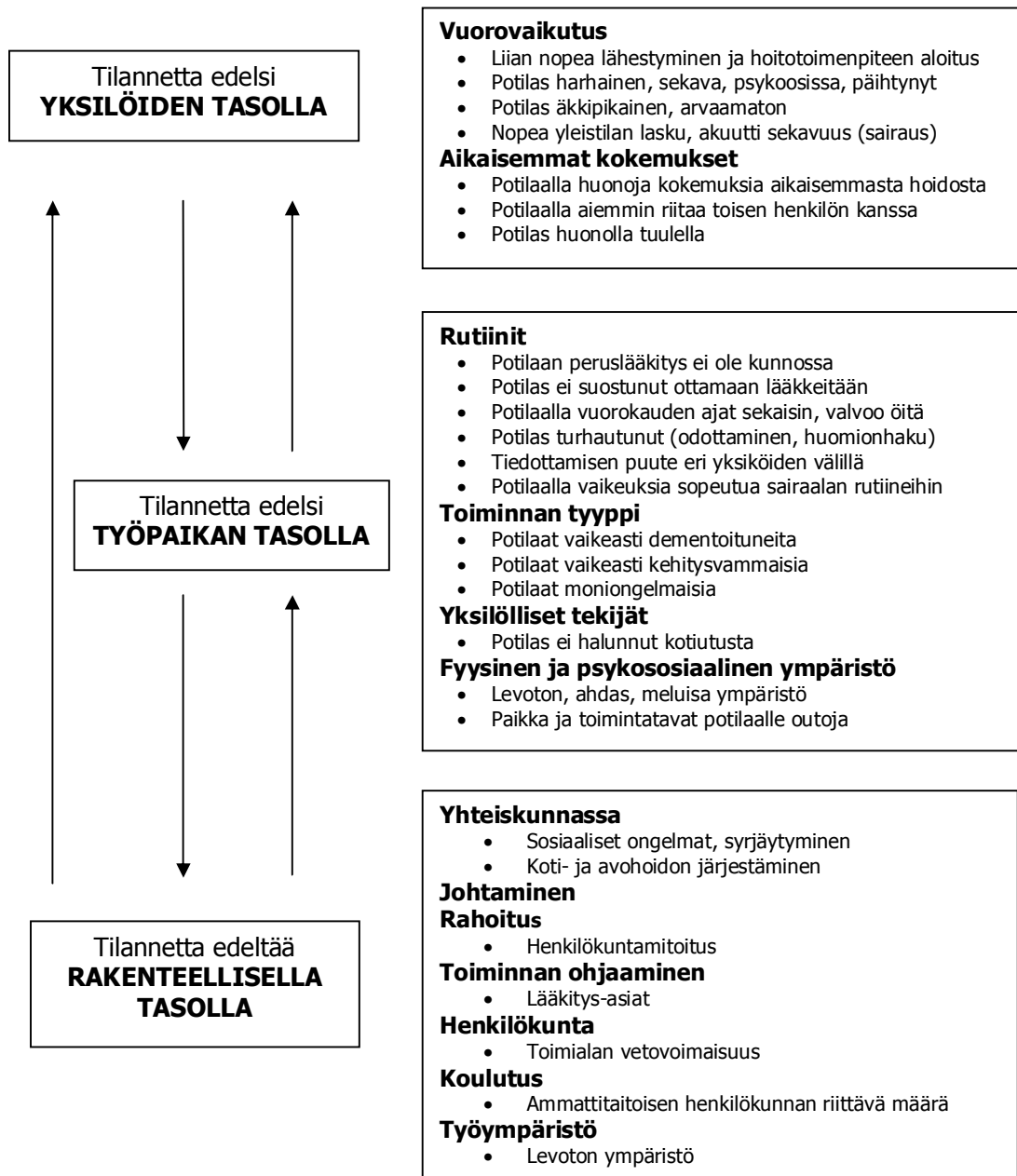
Useampia kertoja väkivallan kohteeksi joutuneet henkilöt arvioivat työpaikan ihmissuhteita positiivisemmin kuin ne, jotka eivät olleet toistuvasti kohteena. Tätä tulosta voi arvioida niin, että väkivallan kohteeksi joutuneet mahdollisesti saavat työyhteisössään tukea ja huomiota. Tapahtumasta fyysisiä seurauksia saaneet vastaajat arvioivat työpaikan ihmissuhteita hiukan positiivisemmin kuin psyykkisiä seurauksia saaneet tai ne, jolle tilanteesta ei koitunut seurauksia. Tämä voisi ehkä liittyä siihen, että myötätuntoa osoitettiin, kun seuraukset olivat konkreettisia. Työpaikan ihmissuhteita ja kulttuuria oli kuitenkin kaiken kaikkiaan arvioitu aineistossa korkeiksi. Toistuvasti väkivallan kohteeksi joutuneet saivat myös ammatillisuutta kuvaavalla summamuuttujalla hiukan korkeampia arvoja. Mahdollisesti taitoihinsa luottava henkilö ottaa helpommin aktiivisen roolin väkivaltatilanteen ratkaisemiseksi. Psykogeriatrian

yksiköissä tai kehitysvammaisten laitoshoidossa väkivaltaa voi joka tapauksessa olla vaikea välttää, mikäli hoitaja osallistuu välittömään potilashoittoon.

Työpaikan kulttuuria kuvaavassa summamuuttujassa olevat väittämät liittyivät ilmapiiriin, lähiesimieheen sekä omiin vaikutusmahdollisuuksiin työssä ja työyhteisössä. Sjøgreen mukaan (2003, 224) henkilökunnan autonomian tunne itsessään vähentää väkivallan esiintymistä. Työpaikan kulttuuri vaihteli eri tavalla kuin ihmissuhteita kuvaava muuttuja suhteessa väkivaltatapahtuman seurauksiin. Psykkisiä seurauksia kokeneet arvioivat työpaikalla vallitsevan kulttuurin paremmaksi kuin ne, joilla oli fyysisiä tai ei lainkaan seurauksia. Tulosta voisi mahdollisesti selittää esimerkiksi esimieheltä saatu tuki.

Uhkatilanteita ja väkivaltaa ennakoivien tai edeltävien tekijöiden syitä on mahdollista pohtia myös laajemmin organisaatiosta tai yhteiskunnallisista ratkaisuista lähtien, johon Viitasaran ja Menckelin (2002) malli tarjosi mahdollisuuden. Viitekehyksessä samaa asia voidaan tarkastella toiminnan eri tasoilla. Tämä aiheutti jonkin verran ongelmia, kun mallia käytettiin sisällön analyysin deduktiivisena viitekehysenä. Lisäksi mallin työpaikan tasolla oleva luokka yksilölliset tekijät (Individual Factors) oli vaativalta eritellä yksilöiden tasosta. Yksilöiden tasolla olevat asiat (Specific Factors) liittyvät erityisesti vuorovaikutukseen ja tilanteessa oleviin henkilöihin.

Työpaikan tasolla oleville asioille voidaan pohtia edeltäviä syitä rakenteellisella tasolla. Yhteiskunnan tasolla vaikuttavia asioita ovat esimerkiksi potilaiden erilaiset sosiaaliset ongelmat. Seuraavan sivun kuviossa 10 on pohdittu vastaajien väkivaltatilannetta edeltävinä mainitsemia asioita myös rakenteelliselle tasolle, jolloin väkivaltatilanteen taustalla huomioidaan myös yhteiskunnassa tai organisaatiossa vaikuttavia ilmiöitä.



KUVIO 10. Väkivaltaa edeltäviä tai aiheuttaneita tekijöitä aineistossa Viitasaran ja Menckelin (2002) viitekehyksen mukaan jaoteltuna

Alkoholin kulutus on Lehestön ym. (2004, 146–147) mukaan kasvanut viime vuosina. Suomalaiselle ongelmakäytölle on tyypillistä päihteiden sekakäyttö, joka kuormittaa osaltaan terveydenhuoltojärjestelmää. Kotihoidon ja avoterveydenhuollon palveluiden kattava järjestäminen saattaisi ennaltaehkäistä päihdeongelmien laajenemista sekä tukea elämänhallintaa. Myös mielenterveysongelmaisten potilaiden avohoidon ongelmat saattavat heijastua päivystyspoliklinikoille. Päihteiden sekakäyttäjät ja humaltuneet mielenterveysongelmaiset tarvitsisivat joskus apua enemmänkin sosiaalisesta tai kriisipäivystyspisteestä ensiapupoliklinikan sijaan. Aineistossa tämä tuli esiin useammassa tapauksessa, joissa potilas tuotiin päivystykseen päihteistä sekaisena ja tilanteen taustalla vaikutti vaikea elämäntilanne. Potilaan aggressiivinen käyttäytyminen tai hoitoon hakeutumisen motiivit liittyivät asioihin, joita päivystyspoliklinikalta käsin on vaikea hoitaa, kuten asunnottomuuteen, parisuhdekriiseihin tai läheisen menetykseen.

Rahoituksella helpotettavia asioita terveydenhuollossa on esimerkiksi henkilökuntamitoitus. Riittävän henkilökuntamäärän turvin rutiineista on mahdollista työpaikoilla luoda väljempää, jolloin potilaalle jäisi enemmän aikaa. Koulutuksen ja henkilökuntamitoituksen kautta vaikutetaan siihen, miten ja millaista henkilökuntaa osastoilla työskentelee. Pohdittava on esimerkiksi, miten taata hoitajapulan aikana riittävän ammattitaitoinen henkilökunta kaikkiin työvuoroihin. Samoin pula lääkäreistä hankaloittaa toimintaa aloilla, joita ei koeta vetovoimaisina.

Työympäristöön voidaan vaikuttaa suunnittelemalla tarkoituksenmukaisia tiloja suhteessa potilasmääriin. Suuri potilasmäärä aiheuttaa usein levottomuutta hoitoympäristöön. Toiminnan ohjaamisen kautta voidaan vaikuttaa esimerkiksi oikein ajoitettuun ja riittävään lääkitykseen riskipotilaiden kohdalla. Puutteellinen lääkityskäytäntö voi liittyä organisaation tapaan järjestää toimintansa. Toisaalta lääkityksen puuttuminen ei aina tarkoita lääkemääräyksen puuttumista. Tarvittavan lääkityksen käytön arvioiminen edellyttää myös sairaanhoitajalta tilanteiden ennakoimista ja ammattitaitoa arvioida potilaan tarpeita.

Viime aikoina on sanomalehdissä uutisoitu sairaanhoitopiireissä vireillä olevista aikeista toimia sen puolesta, että työssä väkivallan kohteeksi joutuminen ei enää olisi asianomistajarikos (Hyvärinen 2006). Myös Lehestö ym. (2004, 95) pitävät nykyistä käytäntöä ongelmallisena. Kirjoittajat esittävät väkivallan ja uhkailun tuomitsemista ja tiukkaa rajoittamista, jolla osoitettaisiin, että organisaatiossa ei suvaita hyökkäävää käytöstä. Poliisille oli tässä tutkimuksessa tapauksista ilmoitettu vain harvoin ja ilmoittamisen syynä oli yleensä se, että poliisi hakisi tekijän pois. Päivystyksiköiden ja vuodeosastojen kohdalla voisi yksi käyttökelpoinen keino olla selkeä viestiminen asiakkaille ja potilaille siitä, että väkivaltaista käytöstä ei tiloissa sallita ja että siitä on seurauksia. Ajankohtainen keskustelu ei kuitenkaan vastaa psykogeriatrian tai kehitysvammaisten laitoshoidon erilaiseen tilanteeseen ja väkivallan ongelmaan.

9. PÄÄTELMÄT

Terveystieteissä esiintyvää väkivaltaa on tutkittu kansainvälisesti runsaasti. Suomessa sitä on useimmiten tutkittu työpaikkaväkivallan osana. Tutkimusnäkökulma on yleensä ollut retrospektiivinen, jolloin kartoitetaan työntekijän urallaan tai työpaikallaan tietynä ajanjaksona kokemaa väkivaltaa. Riskien hallinnan ja ennaltaehkäisemisen kannalta kokonaisvaltainen ja laaja näkökulma on tärkeä, sillä väkivallan torjuminen edellyttää yhdensuuntaisia toimia niin organisaation kuin yksilön tasolla. Tutkimusasetelman perusteella on mahdollista tehdä varovaisia johtopäätöksiä toimialojen kesken väkivallan ilmenemisestä ja yleisyydestä.

Väkivaltilanteet liittyivät aineistossa erityisesti vaativiin potilasryhmiin, joiden kohdalla työpaikoilla, organisaatioissa ja yhteiskunnassa tulisi löytää ratkaisu niin hoitavan henkilön kuin hoidettavan asiakkaankin kannalta. Vastaajat eri toimialoilta toivat monesti esiin toiveen, että potilaat sijoitettaisiin oikeisiin hoitopaikkoihin. Potilaiden hoitaminen ”väärissä paikoissa” aiheutti ongelmia toimipaikoissa, silloin kun ammattitaito tai resurssit eivät kattaneet potilaan tarpeita. Toimipaikan rutiinien rikkoutuminen saattaa

myös aiheuttaa ylimääräisiä riskejä muille potilaille. Erityisesti vuodeosastoilla hoidetaan monella tavalla haastavia potilaita.

Tutkimuksen tulosten perusteella terveydenhuollon väkivaltaa edeltävät usein potilaiden päihdeongelmat, levottomuus, sekavuus, harhaisuus tai esimerkiksi kivuliaisuus. Väkivalta eroaa jonkin verran toimialoittain. Jotta terveydenhuollon työpaikoilla voidaan ehkäistä väkivallan kohteeksi joutumista, tulee siellä olla mahdollisuus hoidollisin keinoin puuttua sellaisiin potilaiden ongelmiin, jotka saattavat aiheuttaa väkivaltaisuutta. Esimerkiksi sekavuuden ja levottomuuden hallittu hoitaminen riittävän henkilökunnan ja ennalta ehkäisevän lääkitsemisen avulla olisi sekä potilaan että hoitajan parhaaksi. Samoin potilaan kivun tai pelon tunnistaminen ja lievittäminen ovat hoitotyön keskeisiä tehtäviä.

Tutkimuksen yhtenä lähtökohtana oli ajatus siitä, että väkivallan ennakointia parantamalla sitä myös pystyttäisiin välttämään. Ennakoinnin merkitys oli kuitenkin hiukan ristiriitainen. Tilanteita pystyttiin ennakoimaan melko paljon kaikilla toimialoilla, mutta ei silti estämään. Luultavasti ennakoinnin ansiosta kuitenkin kyettiin suojautumaan pahemmilta vammoilta tai riskin ottamiselta. Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että niissä tilanteissa, joissa potilas koetaan uhkaavana eikä ole välttämätöntä kajota potilaaseen, hoitotoimenpiteestä kannattaa luopua. Välttämättömyyden kriteerin määrittää hoidon tarkoitus, mikä voi olla erilainen esimerkiksi ensihoidossa ja kehitysvammaisten laitoshoidossa.

Erityisesti pitkäaikaishoidossa väkivallan ennakoinnilla ei ollut siltä suojaavaa merkitystä, vaan työntekijöiden kannalta ensiarvoista olisi keskittyä siihen, miten tilanteissa toimitaan. Väkivaltaiseksi tiedetyn potilaan hoitotilanteessa tulisi olla alun alkaenkin runsaasti henkilökuntaa ja vastentahtoisen potilaan hoitotilanteita voisi etukäteen harjoitella, jotta kaikki tilanteessa olevat osaisivat toimia sen vaatimalla tavalla. Huomiota tulisi kiinnittää henkilökunnan jaksamiseen esimerkiksi työkierron ja työnohjauksen avulla. Myös toistuvasti hoitotilanteissa väkivaltaisesti käyttäytyvälle

potilaalle tulisi pyrkiä tarjoamaan jollain tapaa läsnäoloa ja läheisyyttä, niin etteivät vastentahtoiset hoitotilanteet jää ainoaksi kontaktiksi ulkomaailmaan.

Merkit, joista väkivaltaa voi ennakoida, eivät useinkaan ole väkivallan syitä. Potilaiden hoitopaikkojen valintaan liittyvä päätöksenteko tapahtuu usein organisaation tai kunnan tasolla, vaikka siihen liittyvät konkreettiset ongelmat tai virhearviointit koetaan viime kädessä hoidon vuorovaikutustilanteissa. Myös yhteiskunnassa olemassa olevat sosiaaliset ongelmat ja niiden ratkaiseminen näkyy osaltaan terveydenhuollossa esiintyvässä väkivallassa. Terveydenhuollon työpaikkaväkivaltaan pystytään siten puuttumaan prosessin kaikilla tasoilla. Yksilöiden ja etenkin työpaikkojen tasolla tapahtuva väkivallan ennaltaehkäiseminen resursoidaan kuitenkin viime kädessä yhteiskunnan tasolla. Valtakunnallisesti yhtenäisten kriteerien kehittäminen väkivaltatapahtumien raportointiin olisi tarpeellista, jotta terveydenhuollossa esiintyvistä työväkivallasta saadaan todellinen kuva ja turvallisuutta voidaan edelleen tietoon perustuen parantaa.

Terveydenhuollon väkivaltaa voisi jatkossa lähestyä erityisesti toimintatutkimuksen keinoin. Tällöin olisi mahdollista analysoida kunkin työpaikan kannalta olennaisia väkivaltariskejä sekä pohtia ja luoda toimintaohjelma tilanteiden hallitsemiseksi ja rajoittamiseksi. Myös hoitotyön hallinnollinen näkökulma työpaikkaväkivallan preventioon sekä raportoinnin hyödyntämiseen organisaatiossa toisi uuden näkökulman väkivaltatutkimukseen. Samoin tilanteiden jälkihoito voisi olla monitahoinen tutkimuksen kohde. Työväkivalta vaikuttaa eri mekanismein koko työyhteisöön ja edelleen työpaikkaan. Se miten organisaatio reagoi työntekijän jouduttua väkivallan kohteeksi toimessaan, saattaa onnistuessaan tukea työntekijän jaksamista työssään ja sitouttaa häntä organisaatioon. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella myös kivun ja pelon hoitamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Tutkimuksen kohteina ne ovat potilaan hyvinvoinnin kannalta keskeisiä aiheita.

LÄHTEET

- Adib S M, Al-Shatti A K, Kamal S, El-Gerges N & Al-Raqem M. 2002. Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. *International Journal of Nursing Studies* 39, 469–478.
- Alkula T, Pöntinen S & Ylöstalo P. 1994. *Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät*. WSOY, Juva.
- Anderson T R, Bell C C, Powell T E, Williamson J L & Blount M A Jr. 2004. Assessing Psychiatric Patients For Violence. *Community Mental Health Journal* 40 (4), 379–399.
- Arnetz B & Arnetz J. 2001. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science & Medicine* 52 (3), 417–427.
- Arnetz J. 1998. The Violent Incident Form (VIF): a practical instrument for the registration of violent incidents in the health care workplace. *Work and Stress* 12 (1), 17–28.
- Arnetz J, Arnetz B & Pettersson I. 1996. Violence in the nursing profession: occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. *Work and Stress* 10 (2), 119–127.
- Aromaa K. 1997. Työpaikkaväkivaltaan kiinnitetään huomiota Euroopan Unionissa. *Työ ja ihminen. Työympäristötutkimuksen aikakauskirja* 11, 47–52.
- Atakan Z & Davies T. 1997. ABC of mental health. Mental health emergencies. *BMJ* 314, 1740–1742.

- Badger F & Mullan B. 2004. Aggressive and violent incidents: perceptions of training and support among staff caring for older people and people with head injury. *Journal of Clinical Nursing* 13, 526–533.
- Blomhoff S, Seim S & Friis S. 1990. Can Prediction of Violence Among Psychiatric Inpatients Be Improved? *Hospital and Community Psychiatry* 41(7), 771–775.
- Brady C & Dickson R. 1999. Violence in health care settings. Teoksessa Leather P, Brady C, Lawrence C, Beale D & Cox T. (toim.) *Work-related Violence*. Routledge, London, 166–182.
- Burns N & Grove S K. 1997. *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization*. Third edition. W. B. Saunders Company, Philadelphia.
- Carmel H & Hunter M. 1989. Staff Injuries From Inpatient Violence. *Hospital and Community Psychiatry* 40 (1), 41–46.
- Chambers N. 1998. “We have to put up with it – don’t we?” The experience of being the registered nurse on duty, managing a violent incident involving an elderly patient: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing* 27, 429–436.
- Chou K-R, Kaas M & Richie M. 1996. Assaultive behavior in geriatric patients. *Journal of Gerontological Nursing* 22 (11), 30–38.
- Collins J. 1994. Nurses’ attitudes towards aggressive behaviour, following attendance at “The Prevention and Management of Aggressive Behaviour Programme”. *Journal of Advanced Nursing* 20, 117–131.
- Crilly J, Chabouer W & Creedy D. 2004. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing* 12, 67–73.

- Delaney J, Cleary M, Jordan M & Horsfall J. 2001. An exploratory investigation into the nursing management of aggression in acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8, 77–84.
- DelBel J. 2003. De-escalating workplace aggression. *Nursing Management (USA)* 34, 31–34.
- Distasio C A. 2002. Protecting yourself from violence in the workplace. *Nursing* (32) 6, 58–63.
- Duffy M E & Jacobsen B S. 2005. Univariate Descriptive Statistics. Teoksessa Munro B H. (toim.) *Statistical Methods for Health Care Research*. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, 33–72.
- Eskola J. 2001. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola J & Valli R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2, näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. PS-kustannus, Jyväskylä, 133–157.
- Farrell G A. 1997. Aggression in clinical setting: nurses' views. *Journal of Advanced Nursing* 25, 501–508.
- Fitzwater E L & Gates D M. 2002. Testing an Intervention to Reduce Assaults on Nursing Assistants in Nursing Homes: A Pilot Study. *Geriatric Nursing* 23(1), 18–23.
- Heikkilä T. 1999. *Tilastollinen tutkimus*. Oy Edita Ab, Helsinki.
- Heiskanen M. 2005. Työpaikkaväkivalta Suomessa. Teoksessa Sirén R & Honkatukia P. (toim.) *Tuloksia 1980–2003 kansallisesta uhrihaastattelututkimuksesta*. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 216, 39–56.

- Honkatukia P & Sirén R. 2005. Suomalaiset väkivallan uhreina – johtopäätöksiä. Teoksessa Sirén R & Honkatukia P. (toim.) *Tuloksia 1980–2003 kansallisesta uhrihaastattelututkimuksesta*. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 216, 145–151.
- Hyvärinen I. 2006. Sairaalat haluavat oikeuden ilmoittaa väkivallasta poliisille. *Helsingin Sanomat* 8.1. 2006, A12.
- Kaltiala-Heino R, Työläjäarvi M, Kahila K, Niemi S & Pilli M. 2004. Vaativien kiihtymystilanteiden evaluointi ja aggressionhallinnan parantaminen psykiatrisella osastolla. *Suomen lääkirilehti* 59, 4017–4021.
- Keene J, Hope T, Fairburne C G, Jacoby R, Gedling K & Ware C J G . 1999. Natural History of Aggressive Behaviour in Dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14, 541–548.
- Kiviniemi K. 2001. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola J & Valli R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2, näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. PS-kustannus, Jyväskylä, 68–84.
- KPP IRF 1995. Keeping Pubs Peaceful Incident Report Form. Teoksessa Leather P, Brady C, Lawrence C, Beale D & Cox T. (toim.) *Work-related Violence*. Routledge, London, Liite 2.
- Kuuppelomäki M. 2001. Kuolevan potilaan kivun hoidon ongelmat terveyskeskuksessa. *Suomen lääkirilehti* 36, 3597–3601.
- Kyngäs H & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 3–12.

- Latvala E & Vanhanen-Nuutinen L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S & Nikkonen M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. WSOY, Juva, 21–43.
- Lehestö M, Koivunen O & Jaakkola H. 2004. *Hoitajan turva*. Edita, Helsinki.
- Leppänen R & Olkinuora M. 1987. Psychological stress experienced by health care personnel. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 13, 1–8.
- Mackin J G. 2001. Violence against trainee paediatricians. *Archives of Disease in Childhood* 84, 106–108.
- Majasalmi P. 2001. ”Tarrataan ranteista kiinni...” Selvitys työpaikkaväkivallasta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Super ry, kehittämissyksikkö. Helsinki.
- Markkanen K. 2000. *Nimittely, uhkailu, potkiminen – hoitajan työarkea*. Selvitys hoitohenkilökunnan työpaikallaan kokemasta väkivallasta ja sen uhasta. Tehy ry, Julkaisusarja B: selvityksiä 3/2000.
- Menckel E, Carter N & Viitasara E. 2000. Violence towards caregivers of persons with developmental disabilities. Developing a system for recording challenging behavior. *Work* 15, 3–8.
- Metsämuuronen J. 2003. *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Monahan J, Steadman H J, Appelbaum P S, Robbins P C, Mulvey E P, Silver E, Roth L H & Grisso T. 2000. Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *British Journal of Psychiatry* 176, 312–319.

- Morrison E, Morman G, Bonner G, Taylor G, Abraham I & Lathan L. 2002. Reducing Staff Injuries and Violence in a Forensic Psychiatric Setting. *Archives of Psychiatric Nursing* 16, 108–117.
- Morrison P & Lehane M. 1996. A study of the official records of seclusion. *International Journal of Nursing Studies* 33, 223 – 235.
- Munro B H. 2005. Selected Nonparametric Techniques. Teoksessa Munro B H. (toim.) *Statistical Methods for Health Care Research*. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, 109–136.
- Nabb D. 2000. Visitors' violence: the serious effects of aggression on nurses and others. *Nursing Standard* 12 (23), 36–38.
- Nieminen H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva, 215–221.
- Nursing and Caring Sciences. Evaluation Report. 2003. *Publications of the Academy of Finland* 12/03. <http://www.aka.fi>. Luettu 26.1.2006.
- O'Connell B, Young J, Brooks J, Hutchings J & Lofthouse J. 2000. Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *Journal of Clinical Nursing* 9, 602–610.
- Piispa M & Saarela K L. 2000. Työväkivalta. Teoksessa Paananen S. (toim.) *Työn vaarat 1999. Koetut työperäiset sairaudet, työtapaturmat ja työväkivaltatapaukset*. Työmarkkinat 2000:15. Tilastokeskus, Helsinki, 33–45.
- Pilli M. 2005. *Aggression hoidollinen hallinta*. PSHP:n AHHA-kouluttajan haastattelu 1.10.2005, Tampere.

- Pitkänen A. 2003. *Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä*. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Pitkänen A, Lajärvi H & Välimäki M. 2005. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. *Hoitotiede* 17, 239–248.
- Polit D F & Beck C T. 2004. *Nursing Research. Principles and Methods*. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Rasmus M. 2002. Turvattomuus työtoverina. *Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla*. Akateeminen väitöskirja. Terveystieteiden ja -talouden laitos, Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Raunio K. 1999. Positivismi ja ihmistiede. *Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt*. Gaudeamus, Tampere.
- Rippon T. 2000. Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing* 31, 452–460.
- Rix G & Seymour D. 1988. Violent incidents on a regional secure unit. *Journal of Advanced Nursing* 13, 746–751.
- Ruohotie P. 2000. *Oppiminen ja ammatillinen kasvu*. Juva. WSOY.
- Saarela K L & Isotalus N. 2000. Väkivaltatilanteet ja niihin varautuminen terveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 55, 3323–3326.
- Saarenheimo M. 2002. Laadullisen terveystutkimuksen teoreettiset viitekehykset ja niiden tieteenfilosofiset perusteet. Luento. *Laadullisen terveystutkimuksen*

peruskurssi jatko-opiskelijoille 14. - 15.11. 2002. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Sadeniemi M. (toim.) 1966a. *Nykysuomen sanakirja (A-K)*. WSOY, Porvoo.

Sadeniemi M. (toim.) 1966b. *Nykysuomen sanakirja (S-Ö)*. WSOY, Porvoo.

Santala M & Leinonen E. 2003. Mitä uutta dementioiden ja Parkinsonin taudin neuropsykiatrisesta lääkehoidosta. *Suomen lääkärilehti* 58, 4109–4113.

Savage T, Crawford I & Nashed Y. 2004. Decreasing Assault Occurrence on a Psychogeriatric Ward. *Journal of Gerontological Nursing* 30 (5), 30–37.

Schulman G. 2004. Väkivalta ja sietämättömien tunteiden kierrätys. *Suomen lääkärilehti* 59, 149–155.

Seikkula J & Keränen J. 1994. Potilaiden väkivallan kohtaaminen. Katsaus uusimpiin tutkimuksiin. *Suomen lääkärilehti* 49, 1159–1165.

Sjøgreen V, Jensen A & Kielberg P. 2003. Education for Violence Prevention – A Danish Example. Teoksessa Haberman M & Uys L R. (toim.) *Violence in Nursing: International Perspectives*. Peter Lang, Frankfurt am Main, 217–237.

Stirling C & McHugh A. 1998. Developing a non-aversive intervention strategy in the management of aggression and violence for people with learning disabilities using natural therapeutic holding. *Journal of Advanced Nursing* 27 (3), 503 – 509.

Strand ML, Benzein E & Saveman B-I. 2004. Violence in the care of adult persons with intellectual disabilities. *Journal of Clinical Nursing* 13, 506–514.

- STTK. 2005. <http://www.sttk.fi/fi/aineisto/mitaon>. STTK:n työpaikkaväkivalta-aineisto. Luettu 31.1.2005.
- Suserud B-O, Blomquist M & Johansson I. 2002. Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance service. *Accident and Emergency Nursing* 10, 127–135.
- Söderholm A-L, Piispa M & Heiskanen M. 1999. Sairaanhoidajien työssä kokema väkivalta ja häirintä. *Suomen lääkirilehti* 54, 4257–4261.
- Taipale J & Välimäki M. 2002. Aggressiivisuus psykiatrisessa hoitotyössä – katsaus kirjallisuuteen. *Hoitotiede* 14, 167–179.
- Tirri R, Lehtonen J, Lemmetyinen R, Pihakaski S & Portin P. 2001. *Biologian sanakirja*. Uudistettu 1. painos. Otava, Keuruu.
- Vanderslott J. 1998. A Study of incidents of violence towards staff by patients in an NHS Trust hospital. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 5, 291–298.
- van Londen L, Hes J, Ameling E & Hengeveld M. 1990. Staff Attitudes Toward Violence in the General Hospital. A Comparison Between Amsterdam and Tel Aviv. *General Hospital Psychiatry* 12, 252–256.
- Varonen S. 1992. Aggressiivisuus psyko-organisisissa aivo-oireyhtymissä. *Duodecim* 108, 273 – 279.
- Vataja R & Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijatyöryhmä. 2001. Dementiapotilaiden käytösoireet. *Suomen lääkirilehti* 56, 169–175.
- Vehviläinen-Julkunen K & Paunonen M. 1998. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva, 206 –214.

- Weizmann-Henelius G. 1997. *Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen*. Kirjayhtymä Oy, Tampere.
- Whitley G G, Jacobson G A & Gawrys M T. 1996. The impact of violence in the health care setting upon nursing education. *Journal of Nursing Education* 35, 211–218.
- Viitasara E. 2004. *Violence in Caring. Risk factors, outcomes and support*. Academic dissertation. Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Viitasara E & Menckel E. 2002. Developing a framework for identifying individual and organisational factors for preventing of violence in the health care sector. *WORK. A Journal of Prevention, Assesment and Rehabilitation* 19, 117–123.
- Viitasara E, Sverke M & Menckel E. 2003. Multiple Risks for Violence to seven Occupational Groups in the Swedish Caring Sector. *Relations Industrielles/ Industrial Relations* 58, 202–231.
- Winstanley S & Whittington R. 2004. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing* 13, 3–10.
- Åström S, Bucht G, Eisemann M, Norberg A & Saveman B-I. 2002. Incidence of violence towards staff caring for the elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16, 66–72.

LIITTEET

LIITE 1. Väkivaltatutkimuksien keskeiset tulokset Viitasaran ja Menckelin (2002) viitekehyksen mukaisesti tarkasteltuna

TUTKIMUS	ORGANISAATIOON JA YHTEISKUNTAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	TYÖPAIKKAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	YKSILÖIHIN LIITTYVÄT TEKIJÄT	SEURAUKSET
<p>PITKÄNEN, LAIJÄRVI & VÄLIMÄKI (2005) Suomi</p> <p>Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata potilaiden hoitajiin kohdistamaa väkivaltaa psykiatrisessa hoitotyössä. Teema-haastattelu avo- ja sairaalahoidon hoitajille (n=17), sisällönanalyysi.</p>		<p>Väkivallan uhka aiheuttaa jatkuvaa varuillaanoloa ja pelkoa työryhmässä.</p>	<p>Usein laukaisevana tekijänä oli potilaan itsemääräämis-oikeuden rajoittaminen.</p>	<p>Usein itse väkivalta-tilanteessa pystytään säilyttämään rauhallisuus ja toimimaan ammatillisesti, mutta heti tilanteen jälkeen nousee esiin erilaisia tuntemuksia kuten pelästymisen, järkytys, kiukku, viha, katkeruus, häpeä tai syyllisyys.</p>
<p>BADGER & MULLAN (2004) Englanti</p> <p>Tilastollinen tutkimus (myös laadullinen osio), jonka tavoitteena oli selvittää yhden yksikön henkilökunnan (n= 96) kokemuksia väkivallasta, aiheesta saatua koulutusta ja tietoa tukipalveluista.</p>	<p>Aiheeseen liittyvää koulutusta pidettiin tärkeänä, mutta 13 % ei ollut saanut mitään koulutusta ja 33 % ilmoitti, että koulutuksesta oli yli vuosi aikaa.</p> <p>Kaksi kolmasosaa vastaajista ei ollut tietoinen sairaalan tarjoamista tukimuodoista.</p>	<p>Potilastyötä tekevät hoitajat kokivat kaipaavansa esimiehiltään enemmän tukea väkivaltatilanteiden jälkeen.</p>	<p>Hoitajat joutuivat väkivallan kohteeksi huomattavasti useammin kuin terapeuttien ja kuntoutuskeskusten työntekijät.</p> <p>Saadun väkivaltakoulutuksen ja väkivallan kohteeksi joutumisen välillä ei havaittu yhteyttä.</p>	<p>Väkivaltaa kokeneista 75 % ilmoitti tilanteesta olleen jotain seurauksia itselle, useimmiten seuraukset olivat psyykkisiä. Jotkut olivat myös vaihtaneet työpaikkaa.</p>

Liite 1. jatkuu

TUTKIMUS	ORGANISAATIOON JA YHTEISKUNTAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	TYÖPAIKKAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	YKSILÖIHIN LIITTYVÄT TEKIJÄT	SEURAUKSET
<p>CRILLY, CHABOYER & CREEDY (2004) Australia</p> <p>Tilastollinen tutkimus, jossa kahden ensiavun hoitajat (n=71) raportoivat väkivalta-tilanteista viiden kuukauden aikana. Tapauksia kertyi 110, joista 87 saatiin tarkemmat tiedot.</p>		<p>Väkivaltatapahtumia oli noin viisi viikossa.</p> <p>Yli puolet tekijöistä oli joutunut odottamaan pitempään kuin paikallisen suosituksen mukaisen ajan.</p>	<p>Keskimäärin 0.2 % potilasta käyttäytyi väkivaltaisesti.</p> <p>Noin 70 % tekijöistä oli päihtyneitä ja 40 % kärsi mielenterveys-ongelmista.</p>	
<p>STRAND, BEZEIN & SAVEMAN (2004) Ruotsi</p> <p>Tilastollinen tutkimus aikuisia kehitysvammaisia hoitavien henkilöiden kohtaamasta väkivallasta. Vastaajina oli 122 hoitajaa 17 eri hoitolaitoksista.</p>		<p>Väkivaltaa kohdattiin niin ryhmäkodeissa kuin päiväkeskuksissakin.</p>	<p>Vastaajista 35 % ilmoitti olleensa osallisena tai havainneensa potilaaseen kohdistunutta väkivaltaa viimeksi kuluneen vuoden aikana. Tämän kuvattiin olevan liian voimallista käsittelyä, loukkaavaa tai epämiellyttävää käyttäytymistä tai huomiotta jättämistä.</p> <p>Hoitajista 61 % oli joutunut potilaan taholta tulevan väkivallan kohteeksi, useimmiten väkivalta oli fyysistä.</p>	<p>Työtovereiden tai esimiesten kanssa keskustelu nähtiin tärkeänä väkivalta-tilanteiden käsittelyssä, tilanteen luonteesta riippumatta.</p>

Liite 1. jatkuu

TUTKIMUS	ORGANISAATIOON JA YHTEISKUNTAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	TYÖPAIKKAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	YKSILÖIHIN LIITTYVÄT TEKIJÄT	SEURAUKSET
<p>WINSTANLEY & WHITTINGTON (2004) Englanti</p> <p>Tilastollinen tutkimus, jonka tarkoituksena oli kartoittaa somaattisessa sairaalassa esiintyvää uhkailua sekä verbaalista ja fyysistä väkivaltaa. Vastaajina oli 375 potilastyötä tekevää henkilöä eri osastoilta.</p>		<p>Laitoskohtaiset keskiarvot piilottavat sen, että joillakin osastoilla väkivaltaa esiintyy huomattavasti useammin.</p>	<p>Ammattiryhmistä eniten väkivaltaa kohtasivat sairaanhoitajat.</p> <p>Osa hoitajista joutuu toistuvasti väkivaltilanteisiin, osa ei koskaan.</p>	<p>Fyysinen ja verbaalinen väkivalta voivat olla seurauksiltaan yhtä stressaavia.</p>
<p>ÅSTRÖM, BUCHT, EISEMANN, NORBERG & SAVEMAN (2004) Ruotsi</p> <p>Tilastollinen tutkimus, jonka tarkoituksena oli kartoittaa vanhuksia hoitavien henkilöiden (n=506) työssä kohtaamaa väkivaltaa.</p>		<p>Kotihoidossa työskentelevät hoitajat kohtasivat väkivaltaa merkittävästi vähemmän.</p>	<p>Yleisimmin väkivalta oli fyysistä (76 %).</p> <p>Mieshoitajat, nuoret ja vähemmän työkokemusta omaavat joutuivat useammin väkivaltilanteisiin.</p> <p>Lähihoitajat joutuvat väkivaltilanteisiin useammin kuin sairaanhoitajat tai hoitoapulaiset.</p> <p>Vastaajista 18 % ilmoitti kohtaavansa väkivaltaisia potilaita päivittäin.</p>	<p>Voimattomuus, surullisuus ja viha olivat yleisimmät seuraukset.</p>

Liite 1. jatkuu

TUTKIMUS	ORGANISAATIOON JA YHTEISKUNTAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	TYÖPAIKKAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	YKSILÖIHIN LIITTYVÄT TEKIJÄT	SEURAUKSET
<p>VIITASARA, SVERKE & MENCKEL (2003) Ruotsi</p> <p>Tilastollinen tutkimus, alla mainitusta aineistosta ne, jotka olivat joutuneet väkivallan tai uhkailun kohteeksi (n=1212).</p>	<p>Johtopäätöksenä todetaan, että työpaikkojen tulee</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) tarjota ennaltaehkäisevää koulutusta, 2) luoda ennaltaehkäiseviä ohjelmia, 3) kehittää väkivaltilanteiden hallintakeinoja, 4) tarjota tukea väkivaltilanteen jälkeen. 	<p>Vajaa puolet raportoi minkäänlaisista ennaltaehkäisevistä toimista.</p> <p>Erityisesti työstä saatu sosiaalinen tuki on tärkeää terveydelle. Se vaikuttaa myönteisesti työskentelyyn potilaiden kanssa tapahtuman jälkeen.</p> <p>Raportointiaktiivisuus oli yhteydessä työpaikalla saatuun sosiaaliseen tukeen ja ennaltaehkäiseviin toimiin.</p>		<p>Työssä kohdattu väkivalta vaikuttaa taloudellisesti, emotionaalisesti, terveyteen ja työssä toimimiseen.</p> <p>Alle puolet sai tukea väkivalta-tapahtuman jälkeen.</p>
<p>MENCKEL & VIITASARA (2002) Ruotsi</p> <p>Tilastollinen tutkimus, jossa vastaajina oli 2391 pääosin pitkäaikais-hoidossa työskentelevää henkilöä eri ammattiryhmistä. Tarkoituksena oli selvittää kuinka monia väkivalta on koskettanut, kuinka usein ja millä tavalla.</p>	<p>Organisaatio-muutokset ja raskas työtaakka lisäävät väkivaltariskiä.</p> <p>Väkivalta ja uhkailu voidaan hoitoalalla määritellä työympäristön haittatekijöiksi, jotka ovat huomattavan aliraportoituja.</p>	<p>Väkivaltaa ja uhkailua koettiin kaikissa ammattiryhmissä, eniten kohteeksi joutuivat välittömässä potilashoidossa työskentelevät.</p> <p>Yötyö ja epäsäännöllinen työaika sekä työskentely erikoisyksikössä lisäsivät väkivallan kohteeksi joutumisen riskiä.</p>	<p>Yleisintä oli sanallinen uhkailu ja aggressiivisuus, joka tuli yleensä potilaan taholta ja joskus myös omaisten taholta.</p> <p>Väkivalta ja uhkailu kuormittavat erityisesti nuoria ja vähemmän työkokemusta omaavia.</p>	<p>Lievät vammat, vihan ja avuttomuuden tunne olivat yleisiä. Työssä muutettiin varovaisemmiksi ja työniloa koettiin harvemmin.</p>

Liite 1. jatkuu

TUTKIMUS	ORGANISAATIOON JA YHTEISKUNTAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	TYÖPAIKKAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	YKSILÖIHIN LIITTYVÄT TEKIJÄT	SEURAUKSET
<p>ADIB, AL-SHATTI, KAMAL, EL-GERGES & AL-RAQEM (2002) Kuwait</p> <p>Tilastollinen tutkimus kaikille Kuwaitissa työskenteleville sairaanhoitajille (n=5876, vastausprosentti 84).</p>	<p>Kuwaitissa hoitajat kohtaavat työssään vähemmän väkivaltaa kuin monissa muissa maissa ja väkivalta on myös luonteeltaan ”vaarattomampaa”. Tämä johtunee vähäisestä alkoholin ja huumeiden käytöstä sekä tuliaseiden vähäisestä määrästä tavallisten ihmisten keskuudessa.</p>	<p>Sairaalassa työskentelevät hoitajat joutuivat fyysisen väkivallan kohteeksi avohoidossa työskenteleviä useammin.</p>	<p>Yleisintä oli verbaalinen väkivalta potilaan omaisten tai ystävien taholta.</p> <p>Fyysisen väkivallan kohteeksi oli joutunut viimeisen 6 kk:n aikana 7 % vastaajista. Tekijänä oli usein potilas.</p> <p>Verbaalisen väkivallan kohteeksi joutuivat useimmin miespuoliset, ei-kuwaitilaiset ja lyhyemmän työkokemuksen omaavat hoitajat.</p>	<p>Tilanteesta raportoineista hoitajista vain alle 30 % oli tyytyväisiä raportointia seuranneisiin toimenpiteisiin.</p>
<p>FITZWATER & GATES (2002) USA</p> <p>Pilottitutkimus, tavoitteena oli kuvata väkivalta-tapahtumia, selvittää vähentääkö koulutus väkivaltatilanteita ja lisääntykö hoitajien luottamus omiin kykyihin hoitaa hyökkäviä hoitokodin asiakkaita. Koulutusta sai 10 hoitajaa ja verrokkiryhmänä oli toiset 10 hoitajaa.</p>		<p>Suurella osalla hoitokodin asukkaista oli vanhuusiän dementia.</p> <p>Tyypillisiä väkivaltatilanteita olivat nipistäminen, tarrautuminen, hiuksista vetäminen ja lyöminen erityisesti perushoitotilanteiden yhteydessä.</p> <p>Juuri nämä tapahtumat vähenivät eniten intervention jälkeen.</p>	<p>Koulutuksen saaneessa ryhmässä väkivaltatilanteet vähenivät selvästi, kontrolliryhmässä minimaalisesti.</p> <p>Koulutus vaikutti myös merkittävästi hoitajien kykyihin luottaa itseensä hyökkäviä asukkaita kohdatessa.</p>	

Liite 1. jatkuu

TUTKIMUS	ORGANISAATIOON JA YHTEISKUNTAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	TYÖPAIKKAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	YKSILÖIHIN LIITTYVÄT TEKIJÄT	SEURAUKSET
<p>MORRISON, MORMAN, BONNER, TAYLOR, ABRAHAM & LATHAN (2002) USA</p> <p>Toimintatutkimus psykiatrisessa sairaalassa. Väki- valtatilanteet olivat lisääntyneet ja vakavoituneet ennen tutkimuksen alkua. Sairaalaan palkattiin asiantuntija-sairaanhoitaja ja sairaalan johdossa tehtiin henkilöstömuutoksia.</p>	<p>Tiedonkulku, eritoten hallinnon eri portaiden välillä, parantui huomattavasti viikoittaisten yhteistyöpalaverien myötä.</p> <p>Hoitotyön johtajia pyydettiin viettämään enemmän aikaa osastoilla.</p>	<p>Tiettyjä väkivaltaisia potilaita* varten kehitettiin oma aggression hallinnan ohjelma, jota kaikki sitoutuivat käyttämään. Koska yleisenä tavoitteena oli ollut eristyksen vähentäminen, sitä käytettiin vähän. Nyt sovittiin selkeät kriteerit, milloin käyttö on perusteltua. Tilanteiden kirjaamiseen kiinnitettiin huomiota.</p> <p>Kaikilla osastoilla väkivaltaiset tapahtumat vähenivät ja työilmapiiri parani. Eristäminen lisääntyi aluksi, mutta alkoi myöhemmin vähentyä. Jokaiselle osastolle saatiin erikoisturvamies, jonka käyttö oli ensin runsasta mutta väheni myöhemmin.</p>	<p>* Pieni ryhmä potilaita oli vastuussa 80 % henkilökunnan vammoista.</p> <p>Tutkimuksen myötä työntekijöiden työmoraali parani.</p>	<p>Hoitajien vammat vähenivät tutkimuksen aikana.</p>
<p>RASIMUS (2002) Suomi</p> <p>Tilastollinen tutkimus (myös laadullinen osio), jonka tarkoitus oli selvittää turvattomuutta aiheuttavia tekijöitä päivystyspoliklinikoilla. Vastaajia oli 929.</p>	<p>Johtopäätöksenä todetaan, että väkivaltatilanteiden seuranta täytyy kehittää ja yhtenäistää valtakunnallisesti. Vertailtavia tilastoja ei ole Suomessa.</p> <p>Turvattomuutta lisäävät jatkuvat säästöt, supistukset, organisaatiomuutokset ja uudet sijaiset.</p>	<p>Suurimpia riskitekijöitä päivystyspoliklinikoilla olivat päihteiden käyttäjät, väkivaltaiset potilaat, kiireinen työtahti ja henkinen väsyminen.</p>	<p>Lähes puolet oli sitä mieltä, että henkilökunta provosoi omalla käyttäytymisellään potilaita paljon. Lisäksi enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että saattajat provosoivat tilannetta ja heikentävät henkilökunnan tilanteen hallintaa.</p>	<p>Väkivaltatilanteiden seurauksina oli mustelmia, ruhjeita, pelkoa, unettomuutta ja masennusta.</p> <p>Tilanteet käsiteltiin puutteellisesti. Työnohjausta on huonosti saatavilla eikä sitä täysin osata käyttää.</p>

Liite 1. jatkuu

TUTKIMUS	ORGANISAATIOON JA YHTEISKUNTAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	TYÖPAIKKAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	YKSILÖIHIN LIITTYVÄT TEKIJÄT	SEURAUKSET
<p>SUSERUD, BLOMQUIST & JOHANSSON (2002) Ruotsi</p> <p>Tilastollinen tutkimus, jonka tarkoituksena oli kuvata sairaankuljettajien (n=66) työssä kohtaamaa väkivaltaa.</p>		<p>Useimmiten väkivaltilanteisiin jouduttiin päihteiden käyttäjiä hoidettaessa.</p> <p>Fyysinen väkivalta oli lähes yhtä yleistä kuin verbaalinen väkivalta.</p>	<p>Potilaiden tai omaisten uhkailun tai väkivaltaisen käyttäytymisen koettiin vaikuttavan hoitaja-potilas -suhteeseen.</p>	<p>Muutama vastaaja oli tehnyt tapahtuneesta ilmoituksen poliisille, mutta tämä ei ollut johtanut tutkintaan.</p>
<p>ARNETZ & ARNETZ (2001) Ruotsi</p> <p>Empiirinen tutkimus. Kolme kyselyaineistoa sairaalahoitokunnalta vuosina 1994 (n=3500), 1995 (n=2617) ja 1997 (n=2414) ja vastaavasti kolme potilailta (n=1834, n=2466 ja n=3593).</p>		<p>Henkilökunnan vähäiset osallistumismahdollisuudet päätöksentekoon ja heikko työnhallinta olivat yhteydessä väkivallan kokemiseen.</p>	<p>Yleisintä oli sanallinen uhkailu ja aggressiivisuus, joka tuli potilaan taholta (76 %) tai toisinaan omaisten taholta (20 %).</p> <p>Väkivallan kokeminen oli yhteydessä henkilökunnan vähäisempään psyykkiseen energiaan, vähäisempään tehokkuuteen työssä ja korkeampaan stressin kokemiseen.</p>	<p>Sairaslomalle oli jäänyt vain 1 % vastaajista. Yleisiä emotionaalisia reaktioita olivat viha, surullisuus, pelko ja pettymys.</p> <p>Tapaukset tekivät varovaisemiksi ja veivät iloa pois potilaiden kanssa työskentelystä.</p> <p>Väkivallan kokeminen oli yhteydessä potilaiden antamiin matalampiin arvioihin hoidon laadusta.</p>

Liite 1. jatkuu

TUTKIMUS	ORGANISAATIOON JA YHTEISKUNTAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	TYÖPAIKKAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	YKSILÖIHIN LIITTYVÄT TEKIJÄT	SEURAUKSET
<p>MACKIN (2001) Englanti & Pohjois-Irlanti</p> <p>Puhelimitse tehty kysely, jossa kartoitettiin lastenlääkärien (n=75) kokemaa väkivaltaa.</p>	<p>Väkivaltilanteen kokeneista lääkäreistä vain 13 % raportoi virallisesti tilanteesta sairaalan johdolle. Usein ei tiedetty, miten ilmoitus tehdään tai että ilmoitus edes kuuluisi tehdä.</p>		<p>Yleisintä oli sanallinen uhkailu ja aggressiivisuus, jota oli kokenut yli 90 % vastaajista.</p>	<p>Vastaajista 60 % kantoi huolta tapahtuneesta jälkikäteen, vain yhdelle oli tarjottu jälkihoitoa.</p>
<p>MENCKEL, CARTER & VIITASARA (2000) Ruotsi</p> <p>Tilastollinen tutkimus, jossa mittaria kehitettiin kehitysvammaisia hoitavien henkilöiden (n=26) kanssa. Tietoja tarkennettiin haastatteluin. Kuuden viikon aikana tapauksia kertyi 2898.</p>	<p>Väkivalta ja häiritsevä käyttäytyminen oli säännöllistä ja yleistä ja sitä voi pitää työympäristöön liittyvänä ongelmana, jota ei ole selkeästi tunnistettu.</p> <p>Virallisessa kirjanpidossa huomioitiin vain pieni osa tapauksista.</p>	<p>Raportointia kehittämällä pystyttiin tunnistamaan riskitoimintoja ja tilanteita:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potilasta kiellettiin tekemästä jotain, 2) potilasta pyydettiin tekemään jotain, 3) potilas joutui odottamaan pitkään tai olemaan muuten vailla tekemistä. <p>Henkilökunta osallistui aktiivisesti seurantakeskusteluihin ja ideoi muutoksia toimintojen suunnitteluun.</p>	<p>Raportointia kehittämällä pystyttiin tunnistamaan myös riskiyksilöitä.</p> <p>Seuranta-keskusteluista aiheutui muutoksia myös hoitajien käytökseen.</p>	<p>Fyysiset vammat lieviä mutta psyykkiset seuraukset heijastuivat myös vapaa-aikaan mm. uupumuksena, univaikeuksina ja ärtymyksenä.</p> <p>Muutokset vähensivät väkivalta-tapauksia.</p>

Liite 1. jatkuu

TUTKIMUS	ORGANISAATIOON JA YHTEISKUNTAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	TYÖPAIKKAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	YKSILÖIHIN LIITTYVÄT TEKIJÄT	SEURAUKSET
<p>NABB (2000) Englanti</p> <p>Tilastollinen tutkimus (myös laadullinen osio), jonka tarkoituksena oli kartoittaa vierailijoiden (omaisten tai potilaiden ystävien) hoitajiin kohdistamaa väkivaltaa. Vastaajina oli 82 hoitajaa yhden sairaalan eri osastoilta.</p>	<p>Vastaajat kokivat, että sairaalan johto ei halua tunnistaa ongelmana vierailijoiden hoitajiin kohdistamaa väkivaltaa.</p> <p>Hoitajat kokivat, että omaisten odotukset hoidosta olivat paljon korkeammat, mitä pystyttiin tarjoamaan.</p> <p>Parannus-ehdotuksena ehdotettiin mm. parempaa tiedottamista sairaalan toiminnasta ja siitä, mihin omaiset voivat ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa.</p>			<p>Vastaajista 62 % oli pohtinut työpaikan vaihtoa.</p>
<p>O'CONNELL, YOUNG, BROOKS, HUTCHINGS & LOFTHOUSE (2000) Australia</p> <p>Tilastollinen tutkimus, jonka tarkoituksena oli kartoittaa somaattisen sairaalan eri osastoilla työskentelevien hoitajien (n=209) kohtaamaa väkivaltaa.</p>	<p>Vastaajista 65 % ei tiennyt, mitä tukimuotoja sairaalalla on tarjota väkivaltilanteen kokeneelle hoitajalle.</p> <p>Johtopäätöksenä ehdotetaan hoitajakoulutuksen opetus-suunnitelmaan väkivallan kohtaamisen strategioita.</p>	<p>Väkivaltaa ja uhkailua esiintyi laajasti kaiken tyyppisillä vuodeosastoilla.</p>	<p>Fyysistä aggressiota kohdattiin eniten potilaiden taholta, verbaalista sekä potilaiden että omaisten taholta.</p>	<p>Fyysiset vammat olivat lieviä. Yleisimmät emotionaaliset reaktiot olivat turhautuminen, viha, pelko ja uupumusoireet.</p> <p>Sairaslomalle oli jäänyt 20 % vastaajista ja 9 % oli vaihtanut työpaikkaa tapauksen jälkeen.</p>

Liite 1. jatkuu

TUTKIMUS	ORGANISAATIOON JA YHTEISKUNTAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	TYÖPAIKKAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	YKSILÖIHIN LIITTYVÄT TEKIJÄT	SEURAUKSET
<p>SAARELA & ISOTALUS (2000) Suomi</p> <p>Tilastollinen tutkimus, jonka aineistona olivat oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen ja tilastokeskuksen haastattelu- tutkimukset vuosilta 1988, 1993 ja 1997. Lisäksi lomakekysely Helsingin kaupungin terveysviraston työntekijöille (n=159).</p>	<p>Väkivalta on terveydenhuollossa oleellinen ongelma, joka on kasvanut. Vuonna 1997 terveydenhuolto- ja sosiaalipalveluissa koettiin uhkailua ja väkivaltaa yli kaksinkertaisesti verrattuna muiden ammattien keskitasoon.</p> <p>Väkivaltariskien hallintaan kuuluvat ohjeet, koulutus, seuranta ja jälkihoito. Suunnittelussa on huomioitava ulkopuolisten kulun rajoittaminen, valvonta ja vartiointi.</p> <p>Työpaikkaväkivallan ehkäisy tulisi ottaa mukaan jo peruskoulutukseen.</p>	<p>Väkivaltatilanteet ovat yleisempiä ja vakavampia psykiatrian yksiköissä ja seuraavaksi mielenterveysyksiköissä (Helsingin kaupungin aineisto).</p> <p>Yöllä ja illalla työskentely koetaan usein turvattomampana.</p> <p>Väkivaltariskien hallintaan kuuluu myös työpaikan riskitekijöiden kartoittaminen. Huomio kiinnitetään työympäristön rakenteellisiin ratkaisuihin (pakotiet), turvatekniikan käyttöön, toimintatapoihin ja työnjakoon (yksin työskentely, henkilökuntamitoitus).</p>	<p>Riskiä lisäävät työskentely henkisesti tasapainottomien ihmisten parissa: sekavuus, psyykinen sairaus, dementia, alkoholin tai huumeiden käyttö voivat tehdä potilaan käytöksen arvaamattomaksi.</p> <p>Myös stressi, pitkät jonotusajat tai erimielisyydet hoitoon liittyen kärjistävät tilanteita.</p> <p>Potilaan lisäksi häiriöitä voivat aiheuttavat potilaan seuralaiset.</p>	<p>Väkivallan uhka kuormittaa henkisesti, lisää työuupumusta ja heikentää työviihtyvyyttä.</p>
<p>ARNETZ (1998) Ruotsi</p> <p>”Violent Incident Form” -lomakkeen toimivuuden arviointi uhka- ja väkivaltatilanteiden seurannassa. Vuoden seurantaan osallistui 45 terveydenhuollon työpaikkaa.</p>	<p>Vuoden aikana raportoitiin 684 tapausta, joista vain 21 %:sta tehtiin myös virallinen ilmoitus työpaikan seuranta-järjestelmään.</p>	<p>Sairaaloiden osastoilta raportoitiin enemmän tapauksia kuin avohoidon yksiköistä.</p>	<p>Yli 90 %:ssa tapauksista tekijänä oli potilas. Tekijöistä 44 % oli mielisairaita, 37 % dementoituneita ja 12 % päihtyneitä.</p>	<p>Yleisimmät tilanteesta aiheutuneet seuraukset olivat emotionaalisia: ärtymystä, vihaa, pelkoa, avuttomuutta ja nöyryytystä.</p> <p>Fyysisistä vammoista raportoi 23 % vastaajista.</p>

Liite 1. jatkuu

TUTKIMUS	ORGANISAATIOON JA YHTEISKUNTAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	TYÖPAIKKAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	YKSILÖIHIN LIITTYVÄT TEKIJÄT	SEURAUKSET
<p>CHAMBERS (1998) Englanti</p> <p>Fenomenologinen tutkimus, jonka aineisto kerättiin haastattelemalla viittä väkivalta-tilanteen kokenutta hoitajaa. Aineisto analysoitiin Colaizzin menetelmän mukaisesti.</p>	<p>Valtaketjussa omaa valtaansa hoitajiin nähden puolustavat sekä lääkärit että organisaation hallinto. Hoitajat puolestaan käyttävät valtaa potilaisiin nähden*.</p>	<p>Hoitajat kokivat olevansa ammattiryhmänä väheksyty. He kokivat työskentelevänsä kovan paineen alaisena ja siksi ajautuvansa tilanteisiin, jotka olisivat olleet estettävissä.</p> <p>Selviytymiskeinona kuvattiin työryhmän tukea ja huumoria.</p>	<p>Hoitajat kuvasivat positiivisia tunteita hoitaja olemisesta, kuten hoivaamisen mahdollisuudesta. Toisaalta esiin tuotiin päivittäisiä tunteita, voimattomuutta, ahdistusta ja epäuskoa siitä, että he joutuivat väkivalta-tilanteeseen.</p> <p>Tilanne voidaan nähdä myös valtataisteluna, jossa hoitajat käyttävät valtaa potilaisiin nähden*, yrittäen saada heidät toimimaan haluamallaan tavalla.</p>	<p>Tilanteeseen sopeutuminen nähtiin yksinkertaisesti välttämättömänä.</p>
<p>COLLINS (1994) Englanti</p> <p>Väkivalta-tilanteiden ehkäisy ja hallinta –koulutuksen vaikutukset osallistujien (n= 31, opiskelijoita ja työssäkäyviä hoitajia) käsityksiin aggressiivisesta käyttäytymisestä</p>			<p>Sairaanhoitaja-opiskelijoiden mielestä valmiudet potilaan aggressiivisuuden ennakointiin parantuivat koulutuksen jälkeen ja tämä muutos ilmeni vielä 6 kk koulutuksesta.</p> <p>Työssäkäyvien hoitajien mielestä valmiudet tilanteen hallintaan parantuivat koulutuksen jälkeen mutta opiskelijat kokivat valmiutensa edelleen puutteellisina.</p>	

Liite 1. jatkuu

TUTKIMUS	ORGANISAATIOON JA YHTEISKUNTAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	TYÖPAIKKAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	YKSILÖIHIN LIITTYVÄT TEKIJÄT	SEURAUKSET
<p>BLOMHOFF, SEIM & FRIIS (1990) Norja</p> <p>Vertailu väkivaltaisesti käyttäytyvien (n=25) ja ei väkivaltaisesti käyttäytyvien (n=34) akuutti-psykiatrisen osaston potilaiden välillä. Tavoitteena oli potilaiden väkivaltaisuuden ennustettavuuden parantaminen.</p>		<p>Väkivaltatilanteista 85 % kohdistui hoitajiin ja 70 %:ssa tilanteen laukaisi se, että hoitaja rajoitti potilaan toimintaa.</p> <p>Potilaan ensimmäinen väkivallanteko saattoi sattua koska tahansa sairaalajakson aikana, vaikkakin 50 % tapahtui ensimmäisen viikon aikana.</p>	<p>Ryhmien välillä ei ollut eroa sukupuolen, iän, taloudellisen tilanteen, ammatin tai asuinolojen suhteen. Eroja oli lapsuudenkodin väkivaltaisuuden, huumeidenkäytön ja aikaisemman väkivaltaisuuden suhteen.</p> <p>Väkivaltaisesti käyttäytyvillä esiintyi voimakkaampaa aggressiivisuutta mutta vähäisempää levottomuutta sekä lähettäneen että vastaanottaneen lääkärin arvion perusteella. Väkivaltaisuudellaan vammoja aiheuttavat olivat pitempään ja useammin väkivaltaisia. He sairastivat myös useammin skitsofreniaa.</p>	
<p>VAN LONDEN, HES, AMELING & HENGEVELD (1990) Israel & Hollanti</p> <p>Haastattelu lääkäreille, osastonhoitajille ja turvallisuushenkilöille (n=29 ja n= 22), tilastollinen analyysi.</p>	<p>Sekä fyysistä että verbaalista väkivaltaa ilmeni enemmän Israelissa, missä verbaalinen aggressio oli päivittäistä. Tilannetta voivat selittää maiden erilaiset turvallisuus- ja tilustilanteet.</p>		<p>Lähes kaikki Israelilla haastatellut kertoivat käyttäytyneensä joskus aggressiivisesti potilasta tai omaisia kohtaan, Hollannissa haastatelluista vain neljä.</p>	

Liite 1. jatkuu

TUTKIMUS	ORGANISAATIOON JA YHTEISKUNTAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	TYÖPAIKKAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT	YKSILÖIHIN LIITTYVÄT TEKIJÄT	SEURAUKSET
<p>CARMEL & HUNTER (1989) USA</p> <p>Potilaiden väkivaltaisuuden aiheuttamien henkilövahinkojen tutkiminen. Aineistona yhden oikeuspsykiatrisen sairaalan henkilökunnan vammat (n= 135) yhden vuoden ajalta.</p>			<p>Lähes kaikki vammat olivat tulleet hoito-henkilökunnalle.</p> <p>Miehet joutuivat väkivallan kohteeksi lähes puolet useammin kuin naiset, koska miehet olivat useammin rauhoittamassa väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta.</p> <p>Potilaan hyökkäyksen kohteeksi joutuivat useammin uudet työntekijät.</p>	<p>Vajaa puolet tapahtumista ei ollut aiheuttanut työstä poissaoloa, mutta hieman yli 10 % oli aiheuttanut yli kolmen viikon poissaolon.</p>
<p>CAMPBELL, STUART & SUTHERLAND (1989) Englanti</p> <p>Tutkimukseen kuului yhden alueen 15 sairaalaa ja avohoitopalvelut. Tarkoituksena oli kartoittaa väkivaltatilanteita laitos- ja avohoidossa. Tutkimusaikana raportoitiin 85 väkivaltatilannetta.</p>		<p>Yhtä lukuun ottamatta kaikki tutkimusaikana raportoiduista tapauksista sattuivat laitoshoidossa.</p> <p>Tapauksista 46 % sattui älyllisesti kehitysvammaisten hoidossa.</p> <p>Väkivaltatilanteiden syyksi mainittiin hoitotoimet, potilaan sairaus tai potilaan rajoittaminen. Suuri osa vastaajista ei kuitenkaan osannut sanoa syytä tapahtumalle.</p> <p>Tilanteeseen reagoitiin useimmiten verbaalisesti tai fyysisesti rajoittamalla tai poistamalla potilas tilanteesta.</p>		<p>Vastaajista 51 % luokitteli tapauksen vakavaksi.</p> <p>Vammoja syntyi 53 % tapauksista.</p>

LIITE 2. Kyselylomake

Tampereella 16.3.2005

HYVÄ VASTAAJA!

Tällä lomakkeella keräämme tietoa uhka- ja väkivaltatilanteista työpaikallasi yhden kuukauden ajan. Pyydämme sinua täyttämään lomakkeen jokaisen kerran jälkeen, kun joudut työssäsi uhkaavan käyttäytymisen tai väkivallan kohteeksi. Toivomme, että täytät lomakkeen mahdollisimman pian tilanteen jälkeen, mielellään vielä saman työvuoron aikana. Yksi lomake koskee aina yhtä tapausta, joten sama henkilö voi täyttää lomakkeen useamman kerran.

Tietoja kerätään useilta terveydenhuollon työpaikoilta eri paikkakunnilla. Antamasi tiedot ovat luottamuksellisia ja ne käsitellään tilastollisesti niin, ettei vastaajia voida tunnistaa. Toivomme sinun vastaavan jokaiseen kysymykseen, vaikei se omasta mielestäsi vaikuttaisikaan välttämättömältä. Halutessasi voit vapaasti kommentoida mitä tahansa kysymystä tai antaa lisätietoja vaikkapa lomakkeen kääntöpuolelle. Olemme kiinnostuneita kaikesta antamastasi tiedosta. Lomakkeen täyttäminen vie aikaa noin 15 - 20 minuuttia. Täytetyn lomakkeen voit palauttaa oheisessa palautuskuoressa suoraan meille. Postimaksu on maksettu.

Tutkimustietojen kerääminen liittyy pro gradu -työhömmä Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella. Tarkoituksena on kartoittaa terveydenhuollossa esiintyviä uhka- ja väkivaltatilanteita sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Työtämme ohjaavat THT Heli Laijärvi ja TtM Minna Sorsa.

Kiitoksia vaivannäöstäsi,

Saara Louhela

p.

Saara.Louhela@uta.fi

Satu Saarinen

p.

Satu.M.Saarinen@uta.fi

UHKA- JA VÄKIVALTATILANNEKYSELY

Lomakenro: _____

Lomakkeen täyttöpäivä _____._____. 2005

Tapahtuman päivämäärä _____._____. 2005 Kellonaika_____

Monettako kertaa täytät tämän lomakkeen? _____

- Kyseessä oli (valitse vain yksi):
- 1 uhkaava käyttäytyminen
 - 2 väkivallan yritys (ei fyysistä kontaktia)
 - 3 fyysinen väkivalta
 - 4 muu, mikä: _____

VASTAAJA

1. Ammattinimike: _____
2. Ikä: _____ vuotta
3. Sukupuoli: 1 nainen
 2 mies
4. Työkokemus tässä työpaikassa _____ vuotta.
5. Työkokemus vastaavissa töissä yhteensä _____ vuotta.

TYÖVUORO

Ympyröi sitä työvuoroa kuvailevat vaihtoehdot, jossa uhka- tai väkivaltatilanne tapahtui. Voit valita useita vaihtoehtoja.

6. Työvuorossa oli: 1 kiire
- 2 vajaamiehitys
- 3 uusia työntekijöitä
- 4 tavallista enemmän potilaita
- 5 tavallista työllistävämpiä potilaita
- 6 omia työntekijöitä, jotka olivat jatkaneet edellisestä vuorosta
- 7 olin itse em. "tuplavuorossa"
- 8 ei mitään edellä mainituista

Muita huomioitasi:_____

7. Poikkesiko työvuoro tavanomaisesta? 1 Kyllä
2 Ei
8. Oliko työnjako mielestäsi sopiva työvuorossa? 1 Kyllä
Ei
9. Perustele halutessasi. _____
-

VÄKIVALLAN TEKIJÄ

10. Tekijä oli: 1 potilas
2 joku muu, kuka? _____
11. Tekijän sukupuoli: 1 nainen
2 mies
12. Tekijän ikä: _____ vuotta
13. Olitko aiemmin ollut tekemisissä väkivallan tekijän kanssa? 1 Kyllä
2 En
14. Ympyröi väkivallan tekijää kuvaavat vaihtoehdot.
1 = Ei lainkaan 2 = Jonkin verran 3 = Paljon

Tekijä oli mielestäni humalassa	1	2	3
huumeiden vaikutuksen alaisena	1	2	3
levoton	1	2	3
pelokas	1	2	3
jännittynyt	1	2	3
sekava	1	2	3
harhainen	1	2	3
kivulias	1	2	3
äänekäs	1	2	3
joutunut odottamaan	1	2	3
tyytymätön samaansa kohteluun	1	2	3

Muuta, mitä? _____

15. Tekijä oli mielestäni
(Voit valita useita vaihtoehtoja.)
- 1 alkoholiongelmainen
 - 2 huumeongelmainen
 - 3 deliriumissa
 - 4 dementoitunut
 - 5 kehitysvammainen
 - 6 mielenterveysongelmainen
 - 7 ei mitään edellä mainituista

Muita huomioitasi: _____

16. Ympäristö, jossa tapaus sattui, oli
- 1 levoton
 - 2 ahdas
 - 3 ruuhkainen
 - 4 meluisa
 - 5 ei mitään edellä mainituista

Muita huomioitasi: _____

17. Osasitko ennakoida aggressiivisuutta?
- 1 Kyllä
 - 2 En

18. Jos osasit ennakoida, niin miksi?
- 1 Etukäteistiedon perusteella
 - 2 Tekijän käyttäytymisestä
 - 3 Muu syy, mikä? _____

TILANNE

19. Missä tilanne tapahtui?
- 1 Potilashuoneessa/ hoituhuoneessa
 - 2 Käytävällä
 - 3 Pesu/ WC-tiloissa
 - 4 Kansliassa
 - 5 Päiväsalissa
 - 6 Ambulanssissa
 - 7 Ulkona
 - 8 Muualla, missä? _____

20. Edelsikö tapahtumaa sanallinen aggressio? 1 Kyllä

2 Ei

21. Työskentelitkö yksin väkivallan tekijän kanssa tapahtumahetkellä? 1 Kyllä

2 En

22. Mitä tilanteessa oltiin tekemässä? _____

23. Ympyröi tilannetta kuvailevat vaihtoehdot, voit valita useita vaihtoehtoja.

Väkivalta oli:

1 tavaroiden heittäminen

10 paikkojen rikkomista

2 huutamista

11 tönimistä

3 haukkumista

12 lyömistä

4 nimittelyä

13 tukasta repimistä

5 raapimista

14 potkimista

6 huitomista

15 puremista

7 sylkemistä

16 kuristamista

8 nipistämistä

17 nyrkillä iskemistä

9 jollakin välineellä uhkaamista

18 aseella uhkaamista

Muuta, mitä? _____

24. Kuvaile omin sanoin tilanne (miten syntyi, miten hoidettiin, miten rauhoittui).

25. Miten tilanne olisi mielestäsi voitu estää?

26. Mikä mielestäsi edelsi tai aiheutti uhka- tai väkivaltatilanteen syntymisen?

Ympyröi seuraavista väittämistä mielestäsi tilannetta kuvaavin vaihtoehto.
1 = ei pidä paikkaansa, 5 = pitää täysin paikkansa

- | | | | | | |
|---|---|-------|---|---|---|
| 27. Tilanne yllätti minut. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. En tiennyt, mitä tehdä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Suutuin. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Olin peloissani. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Olin paniikissa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Toimintaani hallitsi ammattitaito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Toimintaani ohjasi saamani koulutus. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Toimintaani ohjasivat työpaikkani turvallisuusohjeet. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Pyrin pitämään ympäristön turvallisena muille. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Luotin omiin kykyihini ratkaista tilanne. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Luotin työtovereideni kykyihin auttaa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Pystyin poistumaan tilanteesta halutessani. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Minulla oli tilanteessa pakotie käytettävissäni. | 1 | Kyllä | | | |
| | 2 | Ei | | | |

40. Miten vakavaksi arvioit tilanteen asteikolla 0 -10? _____
(0 = yhdentekevä, 10 = pahin mahdollinen)

41. Ilmoititko tapahtumasta työtovereille? 1 Kyllä

2 En

42. Ilmoititko tapahtumasta esimiehelle? 1 Kyllä

2 En

43. Ilmoititko tapahtumasta työterveysasemalle? 1 Kyllä

2 En

44. Ilmoititko tapahtumasta työpaikan seurantajärjestelmään? 1 Kyllä

2 En

3 Seurantaa ei ole

45. Ilmoititko tapahtumasta poliisille? 1 Kyllä

2 En

46. Ilmoititko tapahtumasta muualle, minne?

47. Mitä toimenpiteitä ilmoituksesi aiheutti?

48. Mitä toimenpiteitä olisit toivonut ilmoituksesi aiheuttavan?

49. Millaisia seurauksia tilanteesta oli sinulle?

50. Millaisia seurauksia tilanteesta oli tekijälle?

51. Millaista koulutusta olet saanut uhka- ja väkivaltatilanteiden hallintaan?

52. Millaisia turvapalveluita ja/tai turvatekniikkaa työpaikallasi on käytettävissä?

EDELLÄ OLEVAT KYSYMYKSET LIITTYIVÄT KOKEMAASI UHKA- TAI VÄKIVALTATILANTEESEEN. LOPUKSI PYYDÄMME SINUA ARVIOIMAAN ALLAOLEVIA VÄITTÄMIÄ YLEISEMMIN TYÖHÖSI LIITTYEN. (Mikäli täytät lomakkeen useamman kerran, vastaa silti myös tähän osioon. Sinun ei tarvitse muistella miten aiemmin vastasit, vaan vastaa tämän hetkisen mielipiteesi mukaan.)

Ympyröi seuraavista väittämistä mielestäsi kuvaavin vaihtoehto.

1 = ei pidä paikkaansa, 5 = pitää täysin paikkansa

53. Olen perehtynyt työpaikkani turvaohjeisiin.	1	2	3	4	5
54. Väkivaltatilanteet käsitellään työpaikallani jälkikäteen.	1	2	3	4	5
55. Työpaikallani vähätellään väkivallan riskiä.	1	2	3	4	5
56. Työpaikallani on kiinnitetty huomiota väkivallan mahdollisuuteen.	1	2	3	4	5
57. Työssä kohtaamani aggressiivisuus on uhka fyysiselle terveydelleni.	1	2	3	4	5
58. Olen itse varautunut väkivallan mahdollisuuteen työssäni.	1	2	3	4	5
59. Tilat ovat sopivat hoitamilleni potilaille.	1	2	3	4	5
60. Potilailla on mahdollisuus vetäytyä rauhalliseen tilaan.	1	2	3	4	5
61. Hoitoympäristö on rauhaton.	1	2	3	4	5
62. Potilaiden käytös ärsyttää minua.	1	2	3	4	5
63. Työpaikallani on selkeät toimintaohjeet väkivaltatilanteen varalta.	1	2	3	4	5
64. Pidän työstäni.	1	2	3	4	5
65. Olen saanut työpaikallani perehdytystä väkivaltatilanteessa toimimiseen.	1	2	3	4	5

1 = ei pidä paikkaansa, 5 = pitää täysin paikkansa

66. Työpaikallani on hyvä ilmapiiri.	1	2	3	4	5
67. Olen stressaantunut työhön liittyvistä asioista.	1	2	3	4	5
68. Olen stressaantunut muista syistä.	1	2	3	4	5
69. Menen töihin mielelläni.	1	2	3	4	5
70. Pystyn vaikuttamaan työvuoroihini.	1	2	3	4	5
71. Pystyn vaikuttamaan työnjakoon.	1	2	3	4	5
72. Pystyn vaikuttamaan asioihin työpaikallani.	1	2	3	4	5
73. Saan apua töihini, jos tarvitsen.	1	2	3	4	5
74. Esimiehelläni on työpaikalla suosikkeja.	1	2	3	4	5
75. Voin puhua esimiehelleni vaikeuksista työssäni.	1	2	3	4	5
76. Keskustelen työtovereiden kanssa luottamuksellisesti.	1	2	3	4	5
77. Pidän työtovereistani.	1	2	3	4	5
78. Työt pyritään jakamaan tasapuolisesti.	1	2	3	4	5
79. En jaksa tehdä kaikkia töitäni kunnolla.	1	2	3	4	5
80. Työ kyllästyttää minua.	1	2	3	4	5
81. Potilaat nimittelevät minua.	1	2	3	4	5
82. Omaiset nimittelevät minua.	1	2	3	4	5
83. Työtoverit kiusaavat minua.	1	2	3	4	5
84. Minulla on keinoja rauhoittaa levoton ilmapiiri.	1	2	3	4	5
85. Puutun tilanteeseen, jos hoitoympäristössä on levottomuutta tai hälinää.	1	2	3	4	5
86. Saan positiivista palautetta työstäni.	1	2	3	4	5

KIITOS VASTAUKSESTASI!



UHKATILANTEITA JA VÄKIVALTAAN KOSKEVA KYSELY

Jos joudut 18.4. – 22.5.2005 työssäsi hyökkäävän käyttäytymisen kohteeksi potilaiden tai heidän läheistensä taholta, niin voisitko täyttää oheisen kyselylomakkeen.

Jos tilanteessa on mukana useampia henkilökuntaan kuuluvia, lomakkeen täyttää se henkilö, johon hyökkäys ensisijaisesti kohdistui. Tilanne voi olla myös esimerkiksi tavaroiden heittelemistä, sylkemistä, nipistelemistä, nimittelyä tmv.

Täytetyt lomakkeet voi palauttaa palautuskuoressa. Postimaksu on maksettu.

Keräämme tietoja pro gradu -tutkimustamme varten noin 50 erityyppisellä terveydenhuollon työpaikalla ympäri Suomen. Tiedot käsitellään luottamuksellisesti niin, että tapauksia ei voida tunnistaa. Lomakkeet ovat numeroituja omaa kirjanpitoamme varten ja ne täytetään nimettömästi.

Kiitos osallistumisestasi tutkimukseen!



Saara Louhela & Satu Saarinen

LIITE 4. Väkivallan muodot eri toimialoilla

Väkivallan muoto	Psyko-geriatria	Psyki-atria	Päivystys ja ensihoito	Kehitysvammaisten laitoshoido	Vuode-osasto	Pitkäaikais-hoido
Tavaroiden heittäminen	2		5	7	1	
Huutaminen	32	4	33	29	17	7
Haukkuminen	42	4	27	10	10	4
Nimittely	40	4	23	11	8	5
Raapiminen	20		4	9	9	8
Huitominen	44	5	24	30	16	10
Sylkeminen	3		5	6		3
Nipistely	21	1	1	2	4	5
Välineellä uhkaaminen	1	1	3	2	2	1
Paikkojen rikkominen			2	2	1	
Töniminen	7		7	3	1	2
Lyöminen	29	4	11	34	6	8
Tukasta repiminen				1		
Potkiminen	21	2	12	18	1	2
Pureminen	7	1	1	8	1	2
Kuristaminen	1		2	1		
Nyrkillä iskeminen	10	3	5	9	4	5
Aseella uhkaaminen			1			
Käden vääntäminen	8			2	3	2
	288	29	166	184	84	64

Kirjauksia väkivallan eri muodoista 815.